Impact du faible nombre d'installations et/ou de successions sur les conditions d'exercice et l'organisation des médecins généralistes des Alpes de Haute Provence bientôt en âge de partir à la retraite

Rémi Clenchard

▶ **To cite this version:**

Rémi Clenchard. Impact du faible nombre d'installations et/ou de successions sur les conditions d'exercice et l'organisation des médecins généralistes des Alpes de Haute Provence bientôt en âge de partir à la retraite. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03474979

HAL Id: dumas-03474979

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474979

Submitted on 6 Jan 2022

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.

Impact du faible nombre d'installations et/ou de successions sur les conditions d'exercice et l'organisation des médecins généralistes des Alpes de Haute Provence bientôt en âge de partir à la retraite

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE

Le 18 Novembre 2021

Par Monsieur Rémi CLENCHARD

Né le 24 juillet 1992 à Marseille 08eme (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur DELAPORTE Emmanuel	**Président**
Madame le Professeur GIRARD Nadine	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) VENTON Geoffroy	**Assesseur**
Monsieur le Docteur KOLODZIEJCZYK Jean-Pierre	**Directeur**

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

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 Jean-Paul
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
BOTTA-FRIDLUND Danielle
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

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
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 Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
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

CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

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

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
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

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs
J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs
J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs
H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs
G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs
D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs
C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs
O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs
J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs
D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

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
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
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
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric
PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel Surnombre	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien Disponibilité	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier Surnombre	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHIERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

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

A. PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS
HOSPITALIERS

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A*

GUIDA Pierre

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
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
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
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS
HOSPITALIERS

OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
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 détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

I-TEMPS

B. NERALE

A MI-TEMPS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
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
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
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
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
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 Caroline
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

C. MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITAL 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)

1.
disponibilité

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

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

LAGIER Aude (MCU-PH)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

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

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

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)

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)

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)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

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

LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section) HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

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

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)
GAUDART Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH) MANCINI Julien (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

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

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

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

GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

2. CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402CHIRURGIE 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) détachement DARIEL Anne (MCU-PH)

EROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702CANCEROLOGIE ;*

RADIOTHERAPIE

AURE Alice (MCU PH)

PESENTI Sébastien (MCU-PH)

BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

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

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH) FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE*

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

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

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

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

3. HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (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)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (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)

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)

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

CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)

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

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 Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)
BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)

4. MILLI ON Matthieu (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

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*

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)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
Stépahne (PU-PH) CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
Bertrand (PU-PH)
Noémie (PU PH) GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/20MOAL
Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
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/

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY
DUSSOL
JOURDE CHICHE
MOAL
ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane
(PU-PH)
REGIS Jean
(PU-PH)

NUTRITION *4404*

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

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

CARRON Romain (MCU PH)

MEDECINE GENERALE *5303*	**NEPHROLOGIE** *5203*

VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH)
disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

OPHTALMOLOGIE *5502*

NEUROLOGIE *4901*

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

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

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

FELICIAN Olivier (PU-PH)

DAVID Thierry (PU-PH) DENIS Danièle (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

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

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

5. DESSI Patrick (PU-PH) **PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE** FAKHRY Nicolas (PU-PH)
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

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

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

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH) REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*	**PHILOSPHIE** *17*
	PHYSIOLOGIE *4402*
PEDIATRIE *5401*	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

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

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (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)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

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

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

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

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

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

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

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

16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

YCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

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) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (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)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

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

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

A **Monsieur le Professeur Emmanuel DELAPORTE**, vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je ne saurais vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à mon travail et de la vivacité dont vous avez fait preuve dans toutes les démarches préalables à la soutenance. Je vous témoigne ma respectueuse reconnaissance.

A **Madame le Professeur Nadine GIRARD**, je vous remercie sincèrement d'accepter de juger mon travail. Le regard et l'attention que vous lui portez comptent beaucoup à mes yeux. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

A **Monsieur le Docteur Geoffroy VENTON**, je suis honoré de vous voir siéger à ce jury. Je vous remercie d'être présent en ce jour si important. Veuillez trouver l'expression de mon respect et de mes plus sincères remerciements.

A **Monsieur le Docteur Jean-Pierre KOLODZIEJCZYK**, je ne saurais vous témoigner ici toute ma reconnaissance et mon respect. Je vous considère comme mon maître, vous m'avez accompagné depuis la fin de mon internat avec une rare bienveillance. Vous me portez estime et me confiez dorénavant vos patients. Soyez assuré de ma conviction à faire perdurer votre travail aux Mées, je saurai me montrer digne de la confiance que vous m'avez accordée.

A tous les **médecins** ayant accepté de participer à cette étude. Le temps précieux que vous m'avez accordé est inestimable. Merci de m'avoir permis de mener à bien l'ultime étape de mon parcours universitaire.

A toutes les **équipes médicales et paramédicales** avec lesquelles j'ai pu travailler pendant et après mon internat. Vous côtoyer m'a fait grandir et voir le monde différemment.

A ma **mère** et mon **père**, vous êtes les meilleurs parents qu'un enfant pourrait avoir. Merci pour votre éternel soutien et pour tout ce que vous m'avez apporté. Je serai un bon père grâce à vous.

A ma grand-mère **Georgette**, tout ce que tu m'as appris et l'amour que tu me portes sont inestimables.

A ma grand-mère **Simone**, tu as toujours été pour moi un exemple d'abnégation. Je serai un meilleur médecin grâce à toi.

A mon frère **Lucas**, mes cousins **Julien** et **Didier** et leurs familles. Vous êtes et serez toujours proches de moi que possible

A mes **cousines**, **oncles** et **tantes**, qui m'ont apporté leur soutien depuis le départ.

A ma **belle-famille**, merci de m'avoir accueilli en votre sein.

A **Mathieu Barbolosi**, tu m'as apporté ton aide depuis le premier jour où nous nous sommes rencontrés et continues à m'aider dès que tu le peux. Merci d'avoir été à mes côtés et de m'avoir fait avancer dans les moments les plus difficiles. **Julie**, tu as toujours fait preuve de gentillesse et d'écoute à mon égard, je te remercie.

A mes Monsieurs Patrons Machines, **Etienne**, **Roman** et **Nicolas**. Les plus machines de tous les monsieurs, si heureux de vous avoir rencontrés.

A **David**, mon rhoya de Digne. Tu es resté un de mes tous meilleurs amis depuis cette époque. A toutes les parties de ping-pong et de tennis. A toutes les soirées qu'on a passées ensemble, je ne les oublierai jamais.

A **Fanny**, tu l'avais dit, tu seras là quand ce sera mon tour. A toutes nos petites aventures, les bons et mauvais moments qu'on s'est vu traverser.

A **Rémy** le Rem's, j'espère qu'on pourra continuer à se voir régulièrement malgré nos obligations, Denaux-sama !

A tous mes co-internes avec qui j'ai passé des bons moments ; **Célina**, **Lisa**, **Hélène**, **Myriam**, **Martin**, **Angel**, **Brice**, **Clément**, **Fanny**, **Clara**, **Maeva**, **Pauline**, **Diego**, **Joris**.

A toutes les personnes que j'ai pu oublier, il y en aura certainement et je suis désolé. Difficile de remercier et de penser à tout le monde en si peu de temps.

Enfin, à ma bien-aimée **Angélique**. Depuis que tu partages ma vie, je suis un homme meilleur. Merci du tendre amour que tu me portes. Merci de ton soutien et ta patience inflexibles. Merci d'avoir illuminé ma vie à jamais. A **Tom**, notre fils adoré. Merci de me faire sourire et de m'apporter la joie chaque jour. Notre devoir est maintenant de t'élever et de devenir des exemples pour toi. Toi, mon fils.

Table des matières

Préambule **3**

INTRODUCTION **4**

A. La retraite et ses représentations 4

B. L'évolution récente de la démographie médicale 5

C. Une idée différente de la succession chez les médecins généralistes libéraux 8

D. Mesurer l'accès aux soins 9

E. Quelques données démographiques concernant le département des Alpes-de-Haute-Provence 11

F. Objectif de l'étude 11

MATERIEL ET METHODE **13**

A. Choix de la méthode 13

1. La méthodologie qualitative. 13

2. La population 13

3. Les entretiens 13

B. Documentation bibliographique 14

C. Traitement des données 15

1. Extraction des données 15

2. Analyse des données 15

RESULTATS **16**

A. Participants 16

1. Données générales 16

2. Caractéristiques des médecins rencontrés 16

B. Création des catégories 17

C. Analyse des résultats 18

1. Les conséquences de l'absence de succession sur la suite de l'activité 18

2. Influence sur le vécu du quotidien 21

3. L'impact sur le départ en retraite 23

4. Des pistes pour l'avenir 28

DISCUSSION **32**

A. Forces et limites de l'études 32

1. La méthodologie 32
2. Les biais 32
3. Les critères de validité 34
4. Originalité de l'étude 35
B. Analyse des résultats 35
1. Le paradoxe entre le travail fourni et la culpabilité ressentie 35
2. La succession synonyme de soulagement, à l'intérêt du patient 36
3. Connaître et s'adapter aux choix et à la mentalité de la nouvelle génération 38
4. L'exercice rural et semi-rural face à cette évolution 39
5. Le regret de l'absence de transmission : savoir-faire et patientèle 40
6. Pas de changement de pratique pour une majorité, malgré l'augmentation des demandes 41
7. Les obligations des médecins face aux choix des autorités 42
CONCLUSION 44
Bibliographie 46
Annexes 49
Abréviations 54

Préambule

« Docteur, comment on va faire quand vous serez parti à la retraite ? »

« Vous prenez votre retraite, déjà ? »

« Vous ne partez pas à la retraite hein ? On a besoin de vous nous ! »

« Le médecin traitant de ma mère est parti à la retraite et n'a pas de remplaçant. Vous accepteriez de la prendre ? »

« Vous partez à la retraite, mais il y a quelqu'un qui va prendre votre place, hein ? »

« On vient d'arriver dans la région mais aucun médecin ne prend de nouveaux patients … »

« Dans tous les villages alentours, les médecins sont proches de la retraite, tout le monde va partir, il faut que vous restiez docteur ! »

« C'est la faute des jeunes médecins, ils ne veulent pas venir ici … Pourtant on est bien ici ! »

« Tous les 3 mois ? Mais dans la grande ville où j'habitais avant, mon médecin me voyait tous les mois. »

« Et comment ça se fait que vous n'ayez trouvé personne pour vous remplacer ? »

INTRODUCTION

A. La retraite et ses représentations

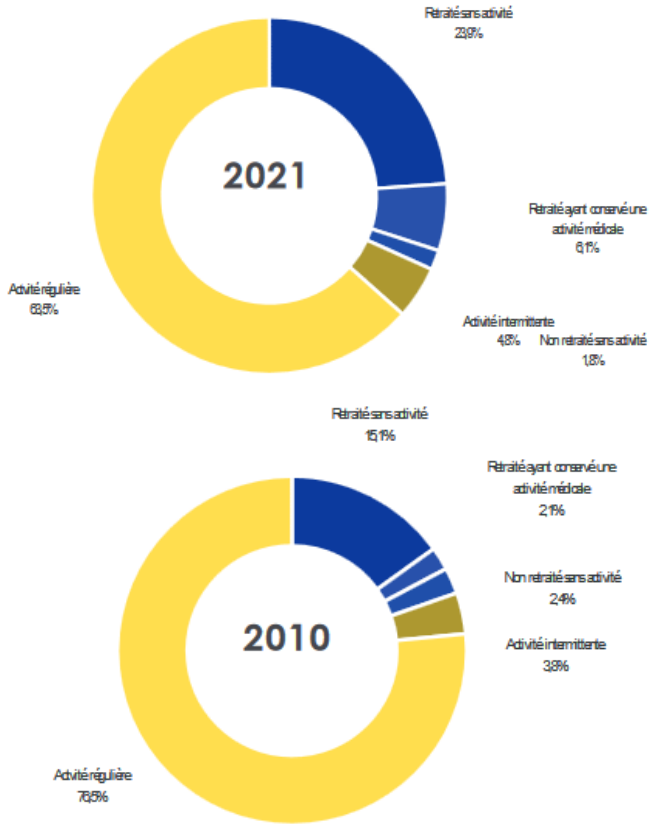
Pour tout métier la fin d'une carrière marque le début d'une étape nouvelle. Elle représente la fin de l'activité professionnelle que l'on a exercée majoritairement au cours de notre vie pour débuter une nouvelle ère et son lot de changements : l'occupation du temps, les revenus, les aspirations etc. Cette rupture est particulièrement importante pour la plupart des médecins généralistes quand on sait à quel point cette profession occupe une place importante dans la vie de ces derniers. La cessation d'activité libérale peut être difficilement appréhendée pour de multiples raisons.

Outre la retraite, une étude menée par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en 2007 explorait les déterminants à la cessation d'activité libérale des médecins généralistes (1,2). Parmi ceux-ci on retrouve les événements personnels et/ou familiaux au premier rang desquels les problèmes de santé, un désenchantement du métier, une dégradation du rapport avec les institutions, les difficultés des conditions d'exercice (demande trop forte, revenus)

Le départ en retraite est motivé par un âge le justifiant. En mettant de côté les motifs de cessation d'activité précoce, la prise de la retraite, bien que dans le cours naturel des choses, n'est pas forcément bien vécu pour autant.

A l'inverse d'une cessation précoce de l'activité libérale, certains médecins décident de poursuivre leur exercice au-delà de l'âge de la retraite. Ce phénomène est relativement récent et est en progression. On le remarque entre autres sur la proportion de médecins retraités avec poursuite d'une activité libérale passant de 2,1% à 6,1% entre 2010 et 2021. Ce statut de retraité actif a en partie été favorisé par la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 qui a supprimé le plafond de revenus pour un médecin retraité ayant conservé une activité.

Figure 1 : Répartition des médecins généralistes selon leur statut en 2010 et 2021



Au niveau personnel, certains médecins énoncent le fait que leur métier les a énormément accaparés dans leur vie. Il est souvent admis que le temps de travail considérable d'un médecin généraliste empiète sur sa vie personnelle, sa famille, ses loisirs. Aussi, il existe une peur de l'ennui après la prise de retraite de la part de praticien n'ayant pas eu le temps de développer des passions et des passe-temps.

B. L'évolution récente de la démographie médicale

D'après les données de l'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le nombre total de médecin en activité régulière a beaucoup augmenté depuis les années 1970 (3).

On compte plus de spécialistes que de généralistes depuis plus de 10 ans. La proportion de médecins généralistes est d'environ 45% de nos jours (4). L'effectif des spécialistes suit une courbe d'évolution positive à l'inverse de celle des généralistes.

Figure 2 : Evolution de l'ensemble des médecins de 1968 à 2010

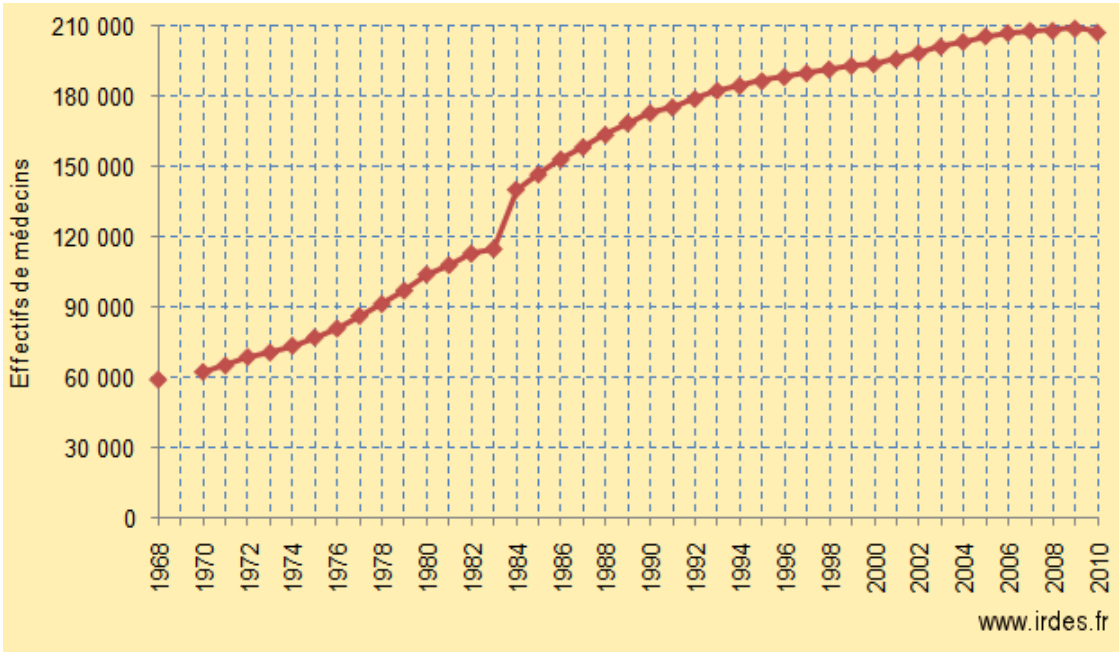
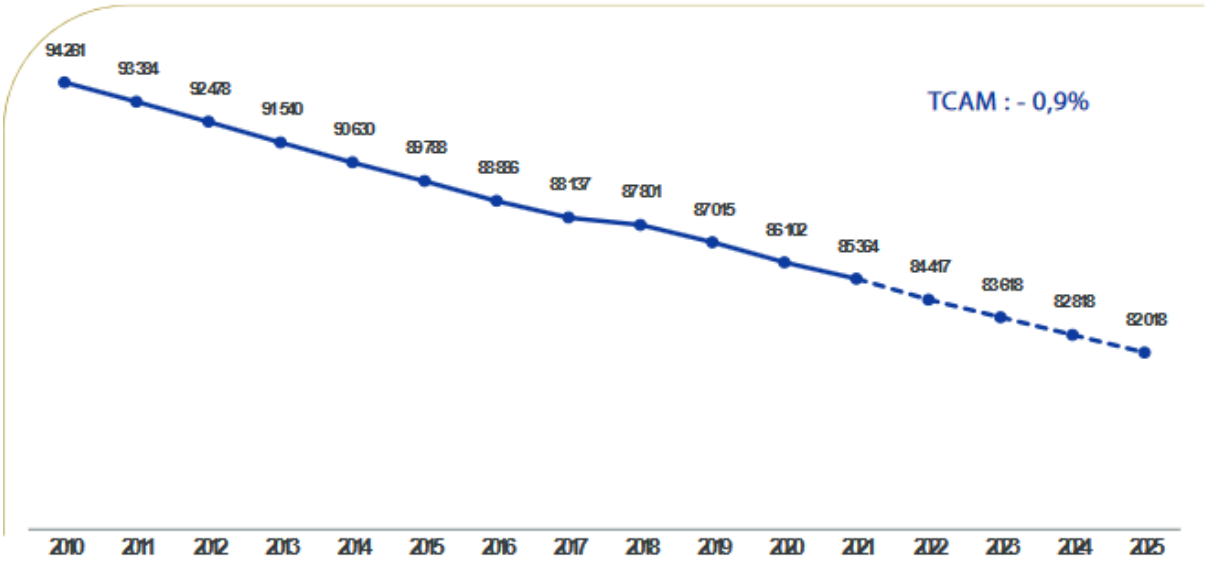


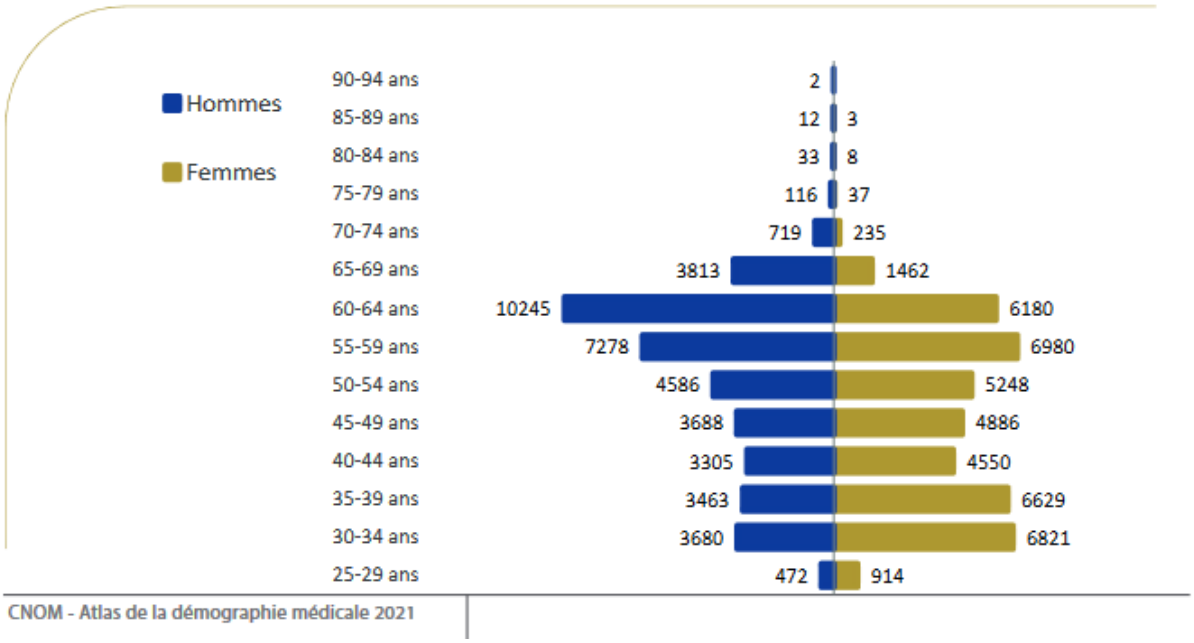
Figure 3 : Prévision du nombre de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025



Le nombre total de médecins est bien plus élevé qu'il y a 20 ans (5) mais ne fait néanmoins que décroître depuis 2010, année durant laquelle on comptait 94261 médecins généralistes inscrits à l'Ordre des Médecins contre 85364 en 2021.

De plus, si on regarde les chiffres de près on remarque que l'âge moyen des médecins en activité est plutôt élevé. En effet, l'âge moyen est de 49,9 ans. La proportion de médecins de 60 ans ou plus est de 26%, et celle de 55 ans ou plus est de 45%.

Figure 4 : Pyramides des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2021



La moyenne d'âge de retraite d'un médecin est d'environ 67 ans (6). Lorsque l'on regarde la pyramide des âges on peut anticiper une diminution significative du nombre total de médecins généralistes dans les 10 à 15 prochaines années.

Les estimations à court terme du CNOM montrent un taux de croissance moyen annuel (TCAM) qui se maintient à -0,9% par an

Si on se projette un peu plus, le nombre total de médecins va malheureusement décroître jusque dans les années 2040 (7). Ce phénomène est dû au numerus clausus en place dans les années soixante-dix et quatre-vingt.

C. Une idée différente de la succession chez les médecins généralistes libéraux

De nos jours, partir à la retraite sans successeur est chose courante pour un médecin généraliste. Si auparavant la médecine libérale pouvait être concurrentielle, il était plus intéressant pour un jeune médecin de s'installer à la place d'un confrère partant à la retraite pour récupérer sa patientèle et éviter de devoir s'en façonner une.

Il était d'ailleurs monnaie courante de vendre sa patientèle à son futur successeur. L'un des critères essentiels pour la valoriser étant la densité médicale (8). Le tarif était même plutôt important puisqu'il représentait en moyenne environ la moitié du chiffre d'affaire annuel du médecin.

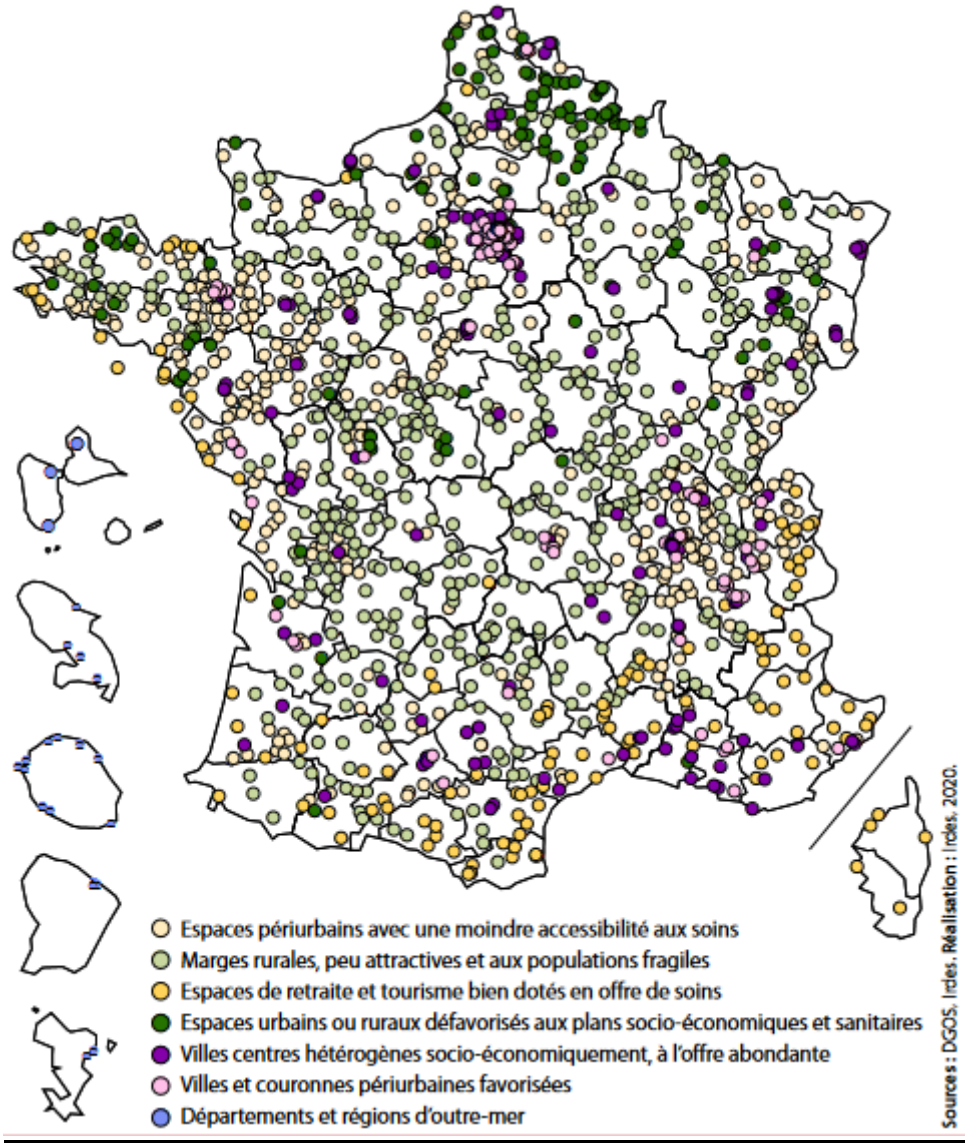
Dorénavant, la vente de patientèle existe toujours mais est d'un tarif bien inférieur, voire dérisoire quand il s'agit d'un départ en retraite, surtout s'il a lieu dans un secteur où la concurrence médicale est inexistante.

La succession permet de confier ses patients à un confrère ou une consœur, souvent jeune et en début de carrière, et de partir à la retraite en ayant pu transmettre son travail.

Cependant, les successions sont de plus en plus rares de nos jours. Il est très difficile pour un médecin généraliste exerçant en cabinet seul, et qui plus est dans un milieu déficitaire en homologues, de trouver un jeune praticien souhaitant prendre sa place. Il s'avère qu'actuellement la tendance est plutôt au travail en groupe, au sein d'une association de médecins ou bien d'une maison de santé.

Les maisons de santé sont majoritairement implantées dans les secteurs avec des niveaux d'accessibilité potentielle localisée les plus faibles : 35% sont situées dans des marges rurales et 25% dans les espaces péri-urbains avec une accessibilité aux soins primaires limitée.

Figure 5 : Implantation des maisons de santé au 1er janvier 2021, selon le type de territoire de vie

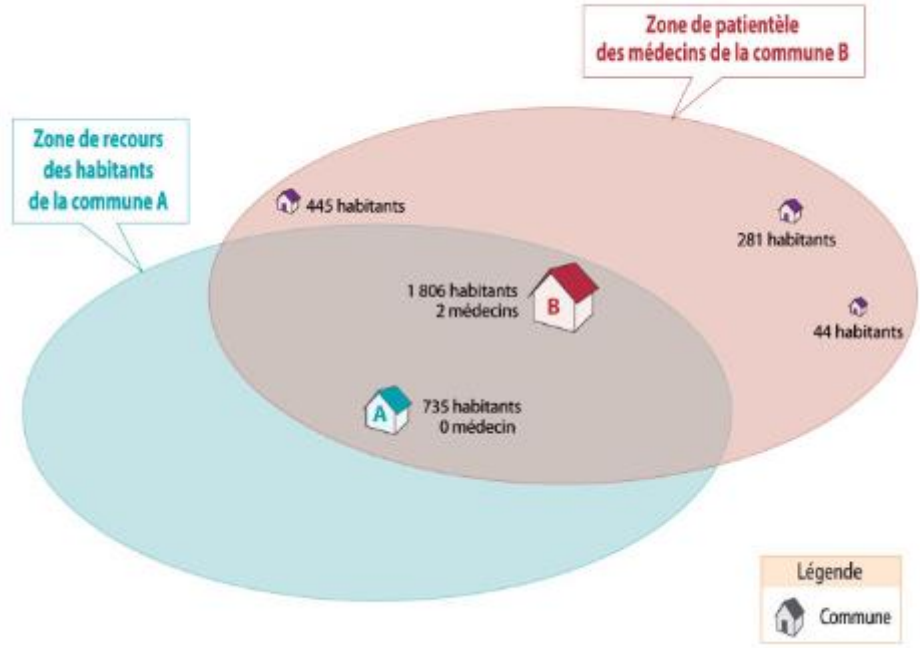


D. Mesurer l'accès aux soins

Pour apprécier la capacité de la population à pouvoir consulter un médecin généraliste, les paramètres statiques tels que le temps d'accès à un médecin, la densité médicale ou de population ne semblent pas être suffisants. La DREES a mis au point un indicateur reflétant mieux cette capacité.

On appelle ce marqueur l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) et inclut l'activité des médecins pour mesurer l'offre, l'âge des habitants et leur taux de recours pour évaluer la demande. Il s'agit d'un indicateur calculé au niveau de chaque commune qui intègre également l'offre et la demande des communes environnantes (9).

Figure 6 : Exemple de zone de patientèle et de zone de recours



Ici, la zone de patientèle représente l'étendue des patients que peuvent drainer les médecins d'une commune donnée. La zone de recours représente celle que peuvent parcourir les patients pour aller consulter un médecin.

Il faut effectivement prendre en compte, surtout en milieu rural, que la population ne consulte pas exclusivement un médecin généraliste présent sur sa commune, si tant est qu'elle en possède au moins un (10).

Ce marqueur apparait plus performant pour évaluer plus précisément le niveau d'offre de soin sur un territoire donné, en prenant en considération les communes voisines.

Il s'exprime en Equivalent Temps Plein (ETP) en fonction du nombre d'actes réalisés par les médecins de la commune et donne accès à un ratio de consultations par habitant, reflétant les possibilités de consultation des médecins généralistes par rapport à la population des

environs. La moyenne nationale est 71 ETP de médecins généralistes pour 100 000 habitants. (11)

E. Quelques données démographiques concernant le département des Alpes-de-Haute-Provence

Ce département situé au cœur de la région Sud Provence-Alpes-Côte-d'Azur propose une certaine diversité de terrains : urbains, plaines, vallées et montagnes. Manosque est l'agglomération la plus peuplée avec environ 21 000 habitants suivi de Digne-les-Bains – la préfecture – avec environ 18 000 habitants, Sisteron compte 7 000 habitants. Les autres en dénombrent 5 000 ou moins. (12)

En 2021 le département compte 165 702 habitants (13) pour 157 médecins généralistes installés (14). Sa superficie est de 6925 km² et est donc le département le plus étendu de la région (15).

La densité médicale calculée en 2018 était de 116 médecins généralistes pour 100 000 habitants (16), située dans la moyenne basse en comparaison des autres départements français.

On y observe une variation du nombre de médecins généralistes en activité régulière globalement péjorative : 13,5% de médecins généralistes en moins depuis 2010 avec tout de même un rebond entre 2020 et 2021 avec une hausse de 5,1%. Il est à noter une moyenne d'âge de 54,1 ans qui est parmi les plus hautes de France.

Remarquons sur la figure 5 que les maisons de santé sont rares dans le département, ce qui pourrait être un facteur de faible attractivité pour de jeunes médecins.

F. Objectif de l'étude

Il est de tenter d'observer le ressenti des médecins généralistes du département des Alpes-de-Haute-Provence approchant de la retraite face à la détérioration de la démographie médicale. Cette détérioration inclut le faible nombre d'installations et de successions après un départ en retraite d'un médecin généraliste.

Comment est vécue l'approche de la cessation d'activité dans ce contexte défavorable ? Existe-t-il une bonne façon d'appréhender la chose ? Des moyens peuvent-ils être mis en œuvre pour amorcer le départ en retraite dans de meilleures conditions ?

MATERIEL ET METHODE

A. Choix de la méthode

1. La méthodologie qualitative.

Notre étude cherchait à percevoir le ressenti des médecins généralistes, notion très subjective par essence, nous avons opté pour une méthodologie qualitative. Elle permet d'extraire des données orales et de les interpréter (17)

2. La population

Les médecins ont été recrutés en commençant par des connaissances puis de proche en proche. Afin de limiter le biais de sélection, nous avons essayé de les choisir de sorte à avoir une bonne mixité en termes de genre, de lieu d'installation, de modalité d'exercice.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir 55 ans ou plus
- Que l'activité libérale représente la majeure partie du temps de travail
- Accepter de participer à l'étude et d'être enregistré

3. Les entretiens

i. Entretiens semi-dirigés

La solution des entretiens semi-dirigés nous a paru être la plus pertinente, car elle permet de rencontrer les médecins interrogés seul à seul et laisser libre cours à leur pensée (18). Le face à face évite également aux interrogés de ne pas se retenir d'énoncer certaines idées, qu'ils n'oseraient peut-être pas aborder au cours, par exemple, d'entretiens en focus-group.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour me permettre de retranscrire l'intégralité du contenu verbal. Le consentement des participants était recueilli par voie orale

avant chaque discussion. Nous avons pratiqué une anonymisation totale et toute information pouvant trahir l'identité d'un des médecins a été censurée.

ii. Déroulement des entretiens

Le même guide et les mêmes questions étaient utilisés, le but étant de comparer les points de vue de chacun de manière reproductible. Le guide a été légèrement modifié après les deux premiers entretiens. La version finale de ce dernier est fournie en annexe.

Nous avons, pour chacun des groupes, poursuivi les entretiens jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce plus aucune idée nouvelle n'émerge des derniers entretiens réalisés.
A noter que nous ne savions pas à l'avance quelle était le statut des participants ni leur ambition concernant la retraite.

B. Documentation bibliographique

Le guide d'entretien a été élaboré après une recherche bibliographique depuis plusieurs sources :

- Les bases de données de littérature médicale accessibles via l'ongle de la Bibliothèque Universitaire sur le site de l'Environnement Numérique de Travail de la faculté d'Aix-Marseille :
    - SUDOC (Système Universitaire de Documentation)
    - Cairn.info (Base de données en Sciences Humaines et Sociales)
- Les sites officiels d'instances ou d'administrations publiques :
    - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)
    - Conseil National de l'Ordre des Médecins
    - Assurance Maladie (Ameli.fr)
    - Legifrance
- Les moteurs de recherche Google Scholar, Google France et Doocteur

- Des organismes indépendants :
    - Le syndicat MG France
    - Les revues médicales Exercer et La Revue du Praticien

C. Traitement des données

1. Extraction des données

Après un entretien s'en suit une phase de retranscription des données. Ce dernier consiste à transformer le matériau oral en une donnée écrite, via le logiciel de traitement de texte Word.

Nous en extrayons un verbatim : « compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien, pouvant comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales » (19). Ici, les expressions non verbales n'ont pas été relevées car n'exprimaient que peu de sens.

L'anonymisation s'est faite en premier lieu en codant les intervenants : M pour « médecin », suivi d'un numéro en fonction de l'ordre dans lequel les entretiens ont été faits. Les noms des villes et les noms propres ont été changés par des lettres majuscules aléatoires pour qu'aucune association intuitive ne puisse être faite.

2. Analyse des données

Une fois le verbatim récupéré, plusieurs relectures sont nécessaires pour identifier des portions de texte faisant émerger des idées, qui seront appelées « unités de sens ».

Ces unités de sens sont ensuite regroupées en catégories qui sont elles-mêmes regroupées au sein de thèmes.

L'analyse du verbatim a également été faite par mon directeur de thèse et une troisième chercheuse pour une bonne triangulation des données et limiter le biais cognitif lié à la perception d'une seule personne travaillant sur un matériau brut.

RESULTATS

A. Participants

1. Données générales

12 entretiens ont été réalisés au total.

9 ont été effectués en présentiel, 2 par téléphone, 1 par visio-conférence.
Ils ont été réalisés entre le 19 août et le 24 septembre et ont duré entre 15 minutes et 75 minutes pour une moyenne de 33,2 minutes.

Participants	Sexe	Âge	Date d'installation	Mode d'exercice	Lieu d'exercice	Secrétariat	Durée de l'entretien
M1	Homme	72 ans	1978	Seul	Semi-rural	Aucun	18min
M2	Homme	64 ans	1984	Seul	Semi-rural	Physique	29min
M3	Homme	62 ans	1986	Seul	Semi-rural	Téléphonique	75 min
M4	Femme	58 ans	1990	Seule	Rural	Téléphonique	29 min
M5	Femme	61 ans	1987	Groupe	Urbain	Physique	21 min
M6	Homme	65 ans	1984	Seul	Urbain	Téléphonique	33 min
M7	Femme	62 ans	1989	Groupe	Urbain	Téléphonique	15 min
M8	Homme	73 ans	1978	Groupe	Rural	Physique	61 min
M9	Femme	56 ans	1996	Seule	Rural	Téléphonique	22 min
M10	Homme	59 ans	1990	Groupe	Semi-rural	Physique	40 min
M11	Homme	66 ans	1985	Seul	Semi-rural	Téléphonique	35 min
M12	Femme	60 ans	1988	Seule	Rural	Physique	21 min

2. Caractéristiques des médecins rencontrés

Parmi les 12 participants, 5 sont des femmes, 7 sont des hommes. La moyenne d'âge était de 63,1 ans. Sept d'entre eux exerçaient seuls tandis que 5 travaillaient en association avec un ou plusieurs autres médecins ou bien au sein d'un pôle ou maison de santé. Deux étaient cumul emploi-retraite

Nous avons pris soin de sélectionner les participants afin d'obtenir une bonne représentativité en termes de genre, de mode et de milieu d'exercice.

La saturation des données a été obtenue après 10 entretiens. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés pour s'en assurer.

B. Création des catégories

Au fil des lectures minutieuses des verbatims, 211 unités de sens ont été relevées.

Elles ont été classées en 11 catégories qui à leur tour ont été rangées par thèmes

On dénombre ici 4 thèmes :

- Les conséquences de l'absence de succession sur la suite de l'activité
    - La crainte de laisser sa patientèle
    - L'angoisse du départ
    - Le découragement
    - Retarder le départ en retraite
- Influence sur le vécu du quotidien
    - Subir la baisse de la démographie médicale
    - Du temps de travail poussé au maximum
    - Le souci de maintenir une pratique de qualité
    - Les tâches administratives
- L'impact sur le départ en retraite
    - La culpabilité ou le regret
    - Les critères intrinsèques concernant la cessation d'activité
    - L'influence du contexte démographique sur ces critères
    - L'indifférence
- Des pistes pour l'avenir
    - Des solutions pour articuler un départ en retraite
    - Le rôle des instances
    - Des aides considérées comme non pertinentes

Une représentation en arborescence de cette catégorisation est disponible en annexe.

C. Analyse des résultats

1. Les conséquences de l'absence de succession sur la suite de l'activité

Pour une partie des médecins qui aperçoivent la retraite, que la date soit fixée ou pas, le fait de savoir que la fin de leur activité libérale sera synonyme de fermeture définitive de leur cabinet médical est mal vécu. Les catégories de ce thème évoquent le ressentiment que cette interruption d'activité libérale provoque chez eux dans ce contexte.

i. La crainte de laisser sa patientèle

Prendre sa retraite et laisser son cabinet vide sous-entend que la patientèle se retrouvera sans médecin traitant. Les médecins interrogés connaissant bien la démographie médicale du département, ils sont conscients du fait qu'il sera très difficile pour leurs patients de trouver un nouveau médecin pour les prendre en charge.

Il est évoqué par certains que le bénéfice d'une succession concerne avant tout les patients : « Ça me satisferait si quelqu'un me succédait. Pour ma clientèle hein, pas pour moi ! Ce serait pour pas les laisser tomber ! » (M5), ou encore « C'est important par rapport à la patientèle. De laisser les patients dans les mains de quelqu'un et qu'ils soient pas lâchés comme ça dans la nature. » (M7)

Pour M8, le seul des médecins rencontrés à avoir trouvé un successeur, il n'était pas éthiquement envisageable de stopper son activité sans confier ses malades à un confrère ou une consœur : « C'est très important parce que toute une vie tu as suivi des gens. Et moralement, de se dire qu'on part en laissant le cabinet et en laissant les gens sans successeur, pour moi je le voyais pas. Je l'envisageais pas. » (M 8).

Les médecins expriment ici, avec une intensité variable, le souhait de pouvoir passer les dernières années de travail en cabinet avec l'assurance d'une continuité de soin qui revêtirait un certain soulagement déontologique.

ii. L'angoisse du départ

Cette situation pétrie d'incertitude peut provoquer une réelle angoisse quant à l'idée du départ. Certains décrivent l'instant de leur future retraite comme gênante sur un plan personnel.

« Déjà, quand je serai à la retraite je vais rester médecin ! Mais je ne serai plus médecin généraliste libéral. Ça m'embête … Parce qu'avec toutes ces années de pratique, tu tisses forcément un certain nombre de liens. Les gens sont un petit peu inquiets, se sentent un petit peu orphelins quelque part ! On n'est pas assez nombreux, voilà les raisons ! » Ici M4 parle de l'inquiétude qu'il ressent lorsqu'il envisage la retraite libérale.

M1 et M7 présentent l'instant du départ comme désagréable car fait dans de mauvaises conditions : « Non, on part pas sereins … Au jour d'aujourd'hui non. » (M7), « Y'a ce regret du départ qui se passe pas très bien quoi … On s'en va pas à la retraite en se disant « Ouais, youpi ! » » (M1). M1 insiste sur le goût amer d'une prise de retraite avec insatisfaction, le sentiment d'un travail inachevé n'ayant pas pu trouver quelqu'un pouvant reprendre le flambeau de son cabinet.

iii. Le découragement

Nombreux sont les médecins qui sont témoins de départs en retraite, sans succession pour la plupart. Les entreprises majoritairement infructueuses de la part de leurs collègues pour trouver un héritier à leur cabinet est source de désenchantement.

Plusieurs des participants évoquaient le même désespoir à l'idée d'avoir un remplaçant, si bien qu'ils n'en ressentaient pas la nécessité d'essayer d'un trouver un : « Non je n'en ai pas cherché puisque, enfin la plupart des gens qui sont partis en retraite n'en ont pas trouvé donc j'ai même pas cherché. Quand je vois comment ça se passe dans la région je me dis que c'est peine perdue ! » (M10), « Non … J'ai pas fait de recherche. Je me disais que c'était peine perdue de toute façon. » (M6) ou encore « J'en cherche pas du tout, parce que je me

suis mis dans la tête que j'en trouverai pas. Et dans l'avenir, je pense pas me mettre à en chercher non. » (M5)

M9 nous décrit aussi que si un successeur se présentait, la totalité du cabinet lui serait légué sans condition : « Je me suis mis dans la tête que je trouverais personne hein. Mais si y'en a un qui est intéressé, je lui donne les clés en main, je cherche pas quoi que ce soit ! »

« Non, pas vraiment (rires). Ça ne change pas l'âge que j'ai en tête pour ma retraite. Je pars parce que j'ai 65 ans, c'est bon ! Je sature un peu. C'est perso ! Les problèmes de démographie médicale, c'est pas moi qui vais les résoudre. » (M6)

Les médecins interrogés expriment ici la résignation, la fatalité d'un cabinet médical qui ferme définitivement au grand dam des patients et du médecin lui-même.

iv. Retarder le départ en retraite

Prolonger son activité au-delà de la date de cessation d'activité imaginé jusqu'à lors est un phénomène retrouvé chez certains. Continuer à travailler, dans la mesure du raisonnable, pour plusieurs raisons :

Pour préserver une offre de soin le plus longtemps possible : « On reste parce qu'il faut bien que quelqu'un fasse le boulot. Mais y'a un terme à tout. Il faut savoir s'arrêter. Déjà 65 c'est pas mal. 67 c'est un autre cap. Et après c'est un point d'interrogation » (M5).

L'un des médecins décrit une certaine absurdité à vouloir maintenir une offre de soin trop longtemps au détriment de soi : « Moi, c'est mes enfants qui m'ont fait changer. « Regarde ce que tu as fait de ta vie, tu penses pas que t'as assez bossé et que tu mérites de profiter de la vie ? » Et puis après tu te retrouves trop vieux pour le faire et t'es un pauvre con. T'as subi le système. Donc les jeunes ont raison ! » (M 2)

Attendre un successeur comme M11 : « C'est sûr que j'aimerais beaucoup avoir un successeur. J'ai été contacté par J, en train de finir ses études, qui voulait me remplacer. Je

lui ai demandé direct ses dates, j'ai pas cherché à réfléchir ! Je lui ai dit « Je te donne *tout* ! Sauf ma table en noyer (rires). Je vais peut-être devoir attendre encore un peu … »

La difficulté à se décider à partir pour de bon : « On est là à se dire qu'on n'arrive pas bien à fixer une date. On a du mal à se projeter dans une retraite où on aura plus cette activité de med gé. C'est vrai que ça bloque un peu » (M1)

Cette volonté de poursuivre l'activité au cabinet libéral, parfois en partie contre sa volonté, n'est malheureusement pas dénuée d'une certaine désillusion pour la plupart d'entre eux.

2. Influence sur le vécu du quotidien

i. Subir la baisse de la démographie médicale

La chute progressive du nombre de médecins implique mathématiquement une demande de consultations plus grande chez les praticiens restants, voire une augmentation de la charge de travail.

L'avenir parait incertain pour M2, qui voit déjà son carrefour comme mal pourvu, en percevant son départ prochain comme un drame pour son secteur : « Moi je vais partir bientôt, mon associée va tirer 2 ans. Est-ce que ça suffit ? Pas du tout non. Ce qu'on va vivre ça va être catastrophique ! »

On décrit aussi la perte progressive de confrères et consœurs comme compliquant la pratique de ceux qui demeurent : « Dans ma vallée on était juste, juste ! Jusqu'au départ de E, maintenant c'est compliqué. Alors on a un médecin qui vient à la station de C pour la saison mais le reste de l'année on est 3 pour toute la vallée » (M8)

M4 inclue également l'évolution de la médecine et de sa rigueur comme facteur supplémentaire à la charge de travail : « Oui, parce qu'on est plus exigeant avec le médecin généraliste. C'était fastoche avant l'exercice de la médecine ! Ça devient de plus en plus difficile. Ça arrive que tu sois très, très fatigué à la fin de la journée alors que tu as pas vu tant de malades que ça mais c'est parce que tu as eu affaire à des gens plus exigeants que la moyenne. »

ii. Du temps de travail poussé au maximum

Pour tenter de répondre au mieux à une demande généralement trop forte pour les médecins, les solutions ne sont pas nombreuses.

On peut augmenter son nombre d'heures de travail et de consultations, bien que cette solution soit évidemment limitée : « Les heures sont pas élastiques ! Moi je fais beaucoup d'heures, je peux pas faire plus que ce que je fais. On est mieux organisés, les gens savent qu'on est chargés alors ils comprennent. » (M5). M10 évoque sa pratique actuelle comme « Beaucoup plus intensive oui. Il m'arrivait de finir à 13h et aller vite, vite aux WC parce qu'on n'avait pas le temps d'y aller. »

Ceci va de pair avec l'augmentation naturelle de l'activité d'un médecin avec le temps, suivant l'évolution de la démographie médicale.

« Ce qui a changé aussi c'est que quand j'ai commencé je travaillais beaucoup moins et que maintenant je travaille beaucoup plus ! C'est la conséquence de la démographie médicale. Si tu dois faire des actes, des actes, des actes, tu fais de la médecine ? Tu as le temps de réflexion ? Ou bien tu fais des actes ? » (M12), ou plus clairement expliqué : « Oui, parce qu'au fur et à mesure qu'on actionne une clientèle on travaille plus. Et avec le temps on est toujours amené à travailler plus car plus de demandes. » (M7)

Une demande plus forte de la part des patients implique de devoir suivre et se rendre disponible pour plus de monde, chose qui n'est pas forcément aisée lorsqu'on a déjà l'impression d'être à la limite de ses capacités de consultation.

iii. Le souci de maintenir une pratique de qualité

Réduire le temps de consultation pour avoir la possibilité de voir plus de patients n'apparait pas comme une solution efficace.

Bien qu'elle permettrait de voir un plus grand nombre de patients, les médecins évoquent une baisse de la qualité de l'exercice : « J'ai toujours accordé du temps à mes patients. Y'en a qui font 10 minutes la consultation … C'est pas des médecins pour moi ça. » (M3), de

même pour M8 : « A la fin, effectivement on s'était limités. Je me disais toujours qu'il fallait que je voie 3 patients par heure. Sinon tu fais pas bien ton travail. »

Une autre énonce plus simplement que la question ne se pose tout simplement pas, malgré une charge de travail plus importante : « Je travaille plus, par contre ce que j'ai jamais su faire c'est d'augmenter le rythme. Non, j'ai pas changé. Pas sentie contrainte à ça. » (M12)

Toujours dans l'optique de placer l'intérêt du patient avant tout, il ne semble pas pertinent, aux yeux des médecins participants, de les sacrifier sur l'autel de la nécessité d'en voir le plus grand nombre pour tenter le résoudre le problème de la démographie médicale.

iv. Les tâches administratives

L'évolution du travail d'un médecin généraliste ne s'est pas faite uniquement sur le plan clinique. Le côté administratif a également beaucoup changé et il n'est généralement pas apprécié des médecins : « Y'a les tâches administratives aussi. Je le fais en soirée … On ne cherche pas à alléger ! » (M2), « C'est pas les patients qui me posent problème mais plutôt les tâches administratives. C'est ça le problème numéro un. On a eu un accroissement de tout un tas de tâches. C'est un gros problème, la disponibilité sur le temps de travail où y'a personne en face … Seul avec la machine. » (M4)

M4 insiste sur le fait qu'en plus d'être soumis à une demande plus forte, une charge supplémentaire, extra-clinique, leur est imposée et qui n'arrange rien à la situation.

3. L'impact sur le départ en retraite

Nous avons exploré jusqu'à présent le ressenti des médecins sur le temps de travail qui leur reste à fournir d'ici leur cessation d'activité libérale.

La plupart ont déjà une idée de l'âge auquel ils comptent partir, ont déjà préparé leur retraite sur le plan financier avec des spécialistes. Ce thème se concentre sur les représentations qu'ils ont de l'instant précis de leur départ en prenant en perspective

l'évolution défavorable de la démographie médicale du département et de l'altération éventuelle que ce phénomène peut avoir sur leurs idées préconçues.

i. La culpabilité ou le regret

La culpabilité à l'idée de prendre sa retraite est présente chez plusieurs participants : « On te présente ça comme un devoir, de partir à la retraite, faut que tu trouves quelqu'un qui te remplace. C'est très culpabilisant, et moi je la refuse cette attitude culpabilisante. J'ai rendu des loyaux services. » (M2), qui peut aller jusqu'à remettre en question sa date butoir de fin d'activité : « Pour l'instant c'est ma mauvaise conscience, ou ma culpabilité qui fait que j'arrive pas à me décider ! » (M11)

M12 inclut une rétrospective de sa carrière de médecin généraliste et admet le caractère paradoxal voire absurde de ce sentiment de culpabilité : « Moi je trouve qu'on a un peu double peine : on a passé un concours, fait des études de médecine, fait notre carrière médicale avec quand même patience, persévérance etc. Et puis au moment du départ en retraite on se sent très coupable ! En fait on a l'impression qu'on va partir presque la tête basse alors qu'en fait on n'a rien à se reprocher quoi ! Alors qu'on devrait être contents d'avoir bien fait notre travail, jusqu'à présent. »

On m'a également parlé d'imaginer regretter son départ en ayant le sentiment d'avoir fait tout ce travail pour rien : « Je pense que quand on est un vieux médecin on a quand même des choses à apprendre à des plus jeunes au niveau de la pratique médicale. On a l'impression que notre expérience elle servira à rien. Et puis ça gâche le plaisir de partir quoi ! » (M1)

Le principe de laisser son cabinet vacant et ses patients dans l'embarras provoque une certaine forme d'amertume qui « gâche le plaisir de partir » comme l'explique M1, qui exprime avoir le droit de partir avec dignité après une difficile carrière.

ii. Les critères intrinsèques concernant la cessation d'activité

Comme nous l'avons vu plus tôt, les médecins ont généralement en tête les facteurs motivant leur retraite.

L'âge est souvent mentionné comme l'élément le plus évident : « Oui, parce que je suis vieux ! » (M3), « Avec le temps ça devient important. Quand on a travaillé de l'âge de 25 à 65 ans soit plus de 40 ans, il est logique qu'on pense un peu à se reposer. » (M10)

La maladie ou l'incapacité sont les premiers facteurs cités comme pouvant précipiter le départ en retraite : « Ben des problèmes de santé. Si tu fais un AVC je crois plus que tu puisses faire ce boulot. Sinon t'as le burn out. Ça peut te forcer oui. Je pense que le vrai burn out tu reprends pas ! Le burn out c'est vraiment quelque chose auquel on est très exposés. On a un boulot qui nous met sous pression. » (M2), « La maladie ! Style un cancer ou autre. Là y'a rien d'autre qui me vient. » (M6) ou même « Ben si je suis malade, morte (rires) ».

On remarque ici le caractère exclusif de la maladie – ou de la mort – comme catalyseur immédiat de l'arrêt définitif du travail.

M5 décrit une situation particulière de plaisir et de confort de travail, avec de nombreuses semaines de congés par an grâce à une remplaçante fixe, qui, si elle s'en allait le pousserait au départ : « Actuellement j'éprouve du plaisir. Mais si par malheur mes conditions se dégradaient … Par exemple si ma remplaçante me dit qu'elle vient plus, mon objectif sera différent. Je pourrai pas continuer. C'est clair, c'est ma remplaçante qui disparait, pour n'importe quelle raison. »

A l'inverse, les facteurs pouvant pousser à reporter la retraite sont soit inexistants : « Je vois pas ce qui pourrait absolument m'interdire de partir à la retraite ! » (M1), « Non (rires) j'en vois pas. » (M6), soit portés sur un besoin financier : « Ce serait la seule justification pour moi. Si t'as besoin de fric, t'es bien obligé d'aller bosser. » (M11) ou bien : « Des facteurs qui m'obligeraient à continuer à travailler comme une retraite insuffisante, ou des problèmes familiaux qui m'amèneraient à continuer un petit peu. Mais faudrait vraiment que ce soit extrême. » (M7)

Cette catégorie souligne l'idée présente chez les médecins bientôt en âge de partir à la retraite selon laquelle le départ est un événement déterminé ne pouvant être altéré que par un élément prépondérant exceptionnel.

iii. L'influence du contexte démographique sur ces critères

Outre les facteurs propres au médecin à l'échelle individuelle, les paramètres extérieurs ont fatalement un impact sur la vision de l'avenir.

Pour l'un, la succession pourrait être l'opportunité d'opérer le départ : « Moi si j'avais un successeur, je pars à la retraite, ça c'est sûr. Ce qui me freine c'est de pas en avoir. » (M12)

Pour d'autres, la détérioration de la démographie et la surcharge de travail imposée aux autres médecins est plutôt un facteur accélérant le processus : « Si j'ai vraiment une surcharge de travail trop importante, non. Je choisirai de m'en aller c'est sûr. » (M1), « Vu ce qu'il se passe, j'ai choisi de ne pas finir sur la croix ! moi j'ai calculé que mes dernières années de médecin généraliste allaient être horribles à vivre ! » (M2)

A l'opposé on retrouve ceux qui n'envisagent pas changer leur date de départ, qu'ils soient succédés ou pas : « Ça avait de l'importance à l'époque. Mais aujourd'hui des tas de médecins partent sans successeurs alors que certains en cherchent depuis … Pour moi ça n'a plus d'importance. Je me dis que personne n'est irremplaçable » (M6), « Non, pour l'instant je fais comme si j'allais en trouver un demain ! Si j'en ai pas, j'en ai pas, j'en ferai pas une maladie. En aucun cas je ne retarderai mon départ ! Sous aucun prétexte. Même si je n'ai pas de successeur. » (M4)

Enfin, M9 évoque avec regret le fait de ne pas avoir la possibilité de réduire progressivement son activité en s'approchant de la retraite : « L'objectif de baisser mon travail, de finir gentiment sur un mi-temps tranquillou ben tu peux pas en cabinet, tu ne peux pas en cabinet *seul*. » (M9)

iv. L'indifférence

Les catégories précédentes se sont attardées sur l'aspect péjoratif de l'impact du manque de successions et d'installations sur le quotidien des médecins généralistes. Pourtant, une partie des interrogés admettaient que ça ne changerait en rien leurs plans.

Ce peut être la certitude que sacrifier sa propre personne pour le bien commun au-delà du raisonnable serait plus délétère qu'autre chose : « Pour moi, on tire le rideau, c'est fini on est partis. Une autre vie commence. Altruiste, je le suis. Empathique, non. L'empathie il en faut, à bon escient, et pas trop ! Parce que ça dépense beaucoup d'énergie ! Ça peut être dangereux et épuisant. » (M4)

Savoir que, quoi qu'il arrive, on trouvera toujours moyen de se faire soigner malgré les difficultés à consulter un médecin : « Moi je vais la prendre … Je suis pas plus inquiète que ça, les patients se débrouilleront toujours pour trouver des médecins. Mais par rapport au désert je me dis … C'est pas de mon ressort. Je vois comment, à notre niveau … Personne n'est irremplaçable, et les gens ont suffisamment de ressource pour trouver d'autres médecins. » (M6)

Comme elle l'expliquait plus tôt, M2 admet qu'il n'y est pour rien dans la dégradation de la démographie médicale et qu'il n'a pas à se sentir coupable de prendre sa retraite : « L'abandon de la patientèle je dirais presque que c'est pas mon problème ». Elle surenchérit en disant « La retraite il faut la prendre ! On n'est pas là pour assumer les bêtises politiques faites dans les années 80. Ou peut-être même avant ! Tout le monde le savait. Mais qui a fait quelque chose ? Ils se disent « Ils s'en sortent ? Alors on continue comme ça » Donc c'est bon … Comme les mules ! Tant qu'on les charge et qu'elles continuent à avancer on continue à les charger ! »

Nous avons vu ici la résignation de médecins voyant apercevant la retraite quant au fait qu'il n'est pas dans leurs capacités de régler un problème de démographie et que la décision du départ en retraite, considérée largement méritée, n'en sera pas altérée.

4. Des pistes pour l'avenir

Bien que subissant le manque de médecin et se sentant dépassés par le phénomène, il n'en reste pas moins que certains praticiens sont prêts à mettre en œuvre des moyens pour tenter d'améliorer les choses.

i. Des solutions pour articuler le départ en retraite ?

M8 a opéré sa retraite en trouvant un successeur, lui permettant de réduire son temps de travail et s'adonner à d'autres activités : « Je suis en cumul emploi retraite, on m'a déjà succédé il y a 6 ans. Je travaille moins maintenant, je suis aussi au Conseil de l'Ordre. »
Il déclare « J'étais maître de stage, mon moteur c'était uniquement celui de trouver un successeur oui ! Moi je conseillerais aux jeunes médecins d'en prendre après 2 ans, direct ! »
Selon lui, accueillir des internes au sein de son cabinet représente une réelle chance pour espérer trouver un successeur.

De la même façon mais avec moins de succès, M7 a entrepris la même démarche : « Oui, j'en cherche déjà. Je suis maître de stage des universités et donc j'espère, au fur et à mesure des internes notamment des SASPAS qu'il y en aient qui aient envie de s'installer dans ma région, et dans ma ville, et à ma place (rires). »

Une maison de santé semblerait également une réponse à rendre attractif un territoire qui se dépeuple en généralistes : « Moi je comprends les jeunes qui veulent pas venir ici. Ça n'intéresse pas beaucoup les jeunes. S'ils viennent, ils préfèrent des maisons de santé pour travailler en groupe. C'était pas perdu d'avance mais presque. J'aurais eu un peu d'espoir si y'avait eu la maison de santé. » (M2)

M4 parle aussi du « bouche-à-oreille » pour tenter de faire connaître sa situation et espérer trouver quelqu'un : « Par le bouche-à-oreille. Mais ça n'intéresse personne de venir à D (rires). Mais on est bien ici ! On a une qualité de vie et d'exercice … »

Enfin, plusieurs médecins en fin de carrière avouaient qu'ils auraient recours aux petites annonces tout en sachant que celles-ci aboutissaient rarement : « Dans des annonces sinon.

Mais je vois bien tous les sites d'annonces, le nombre qu'il y en a et le peu de satisfaction … (M7) », « A part de mettre une petite annonce, je vois pas comment faire mais bon … » (M9)

Cette catégorie traite uniquement des mesures qu'un médecin pouvait entreprendre à l'échelle individuelle, avec une efficacité considérée mineure.

ii. Le rôle des instances

Au-delà des capacités d'un médecin seul ou d'un groupe de médecins, il a largement été évoqué le devoir des instances et organismes pour remédier à la situation.

L'évidence revient pour certains à la politique menée par l'Etat pour résoudre cette désertification médicale : « Moi je pense que c'est quand même beaucoup l'état et la politique de santé qui doit être appliquée. Ce sont pas les médecins qui décident de la politique de santé. L'organisation sur le territoire elle dépend essentiellement de l'état et de sa politique de santé. » (M1). Un médecin encourageait également la synergie entre plusieurs instances pour favoriser l'installation des jeunes médecins sans contrainte : « Pour moi la charge c'est à l'Etat. C'est eux qui définissent le nombre de médecins qu'on forme. Ils ont assez de fonctionnaires pour voir l'offre et la demande, et donc l'offre qui faut donner. Il faut que toutes les instances ; l'Etat, la fac, les syndicats, qu'ils mettent en route quelque chose qui tient la route sans être trop pressant, à dire à un jeune qui sort qui s'installe ici ou ailleurs. Si tu vas pas volontiers quelque part c'est pas la peine Je suis pro-libéral pour l'installation. Mais le problème c'est que ça risque de créer des déserts médicaux. » (M5)

Deux participants suscitent l'idée d'une abolition du caractère libéral de la médecine générale en avouant que ça ne semble pas être la bonne méthode : « Est-ce que l'Etat doit y faire quelque chose ? Peut-être qu'à un moment donné oui. Y'a une évolution sociétale qui s'est faite entre nos générations. On peut pas la nier. La seule solution pour régler ça, c'est la fin de la médecine libérale, tu crées de la médecine salariée et tu nommes les gens. Et en fonction de ton classement tu choisis une zone. Ils vont y arriver … » (M2), et puis « Autrement la solution ce serait de dire aux médecins qu'ils sont plus libéraux, ils sont fonctionnaires de l'Etat, ils sont payés tant - avec tous les avantages évidemment – et puis

voilà. Et on peut les déplacer comme on veut. Une médecine étatisée. Mais ça sera pas la bonne solution. (M3)

Les possibilités à une échelle régionale serait une option valable : « Il faut que les régions et les départements comprennent que dans un endroit comme le 04 l'offre ne correspond absolument pas à ce qu'il est nécessaire. Sur un plan de département ou de municipalité qu'on fasse quelque chose ! » (M10), tout comme pour M11 : Le fait d'être MSU c'est important, il faut qu'on ait un maximum de médecins généralistes qui se forment à cette pratique pour les internes. Il faut que les régions et les départements comprennent que dans un endroit comme le 04 l'offre ne correspond absolument pas à ce qu'il est nécessaire.

Pour finir, un médecin avançait avec humour mais sérieux la possibilité d'un genre d'exception de la part de la Caisse d'Assurance Maladie « Ou bien si on vient à me supplier ! Si la sécu me supplie à rester et me fasse un tarif préférentiel pour « vieux médecin » » (M 3)

iii. Des aides considérées comme non pertinentes

Pour finir, différents interrogés ont parlé de déceptions quant aux solutions ou aides apportées aux médecins généralistes pour les aider dans leur pratique mais ne paraissant absolument pas adaptées.

Que ce soit pour des aides financières : « Après on nous leurre en nous disant qu'il y a plein d'indemnités qui tombent : si on est médecin traitant, si on a des patients avec des ALD, la ROSP etc. Mais c'est un leurre ! » (M8).

Ou bien les assistants médicaux sensés optimiser le temps clinique des médecins généralistes dans leur activité globale : « La seule solution c'est de créer des assistants médicaux … Voilà l'ineptie. Ça répondait pas à mes besoins alors j'ai pas adhéré à ça. » (M2)

M7 s'était également engagé dans des démarches auprès de sa municipalité pour favoriser la venue des internes en rendant attractif le secteur : « Nous par exemple on a des internes qui viennent, et on avait entamé des démarches avec la mairie pour qu'il y ait des anciens logements de gardiens qui soient rénovés à la charge de la ville pour permettre d'accueillir 2 ou 3 internes, ça fait 1 an qu'on est dessus on n'a rien ! » (M7)

Plusieurs médecins ayant amorcé des ouvertures pour améliorer l'attractivité de leur secteur se sont retrouvés livrés à eux-mêmes, ce qui amplifie leur fatalisme, comme par exemple pour M10 : « On voyait très bien comment ça évoluait dans le coin, les médecins qui partent et personne qui vient … J'ai dit à la mairie qu'il fallait faire quelque chose, comme une maison ou un pôle de santé pour attirer les jeunes ! On m'a dit que c'était pas une priorité pour l'instant … C'est sûr, tant que c'est pas encore la catastrophe on fait rien. Mais après il sera trop tard et personne pourra plus le monter le projet ! »

DISCUSSION

A. Forces et limites de l'études

1. La méthodologie

La méthodologie qualitative est subjective par nature. Elle offre un éventail de réponses bien plus large que lors d'une étude quantitative où les réponses sont déterminées à l'avance. Le recueil de données lors d'un travail de ce type peut se faire soit par entretiens individuels, soit par focus group.

Nous avons choisi les entretiens individuels semi-dirigés pour leur permettre de discuter librement du sujet sans limite due à une question fermée ni restriction que l'interrogé pourrait lui-même se poser lors d'entretien en groupe. En effet nous cherchions à extraire le sentiment le plus empirique possible. Le sujet n'avait alors qu'à se préoccuper de laisser libre court à sa pensée.

Bien que très performante pour tenter d'expliquer un phénomène (20), la méthodologie qualitative tend à induire de nombreux biais auxquels il est difficile d'échapper.

2. Les biais

i. Le biais de sélection

Le recrutement des participants s'est fait de proche en proche. Les premiers faisaient partie de mes connaissances et de celles de ma directrice de mémoire. Après les entretiens, je demandais à l'intervenant de me proposer des candidats répondant aux critères d'inclusion.

Ceci fait que les médecins participants sont tous des volontaires et n'ont pas été sélectionnés de manière absolument arbitraire.

On peut expliquer le biais de sélection par l'attention présumée que pouvaient porter au sujet les intéressés potentiels conseillés par les premiers médecins interrogés.

ii. Le biais de mémorisation

Les médecins rencontrés étaient évidemment mis au courant du thème de l'objet abordé mais ne recevaient pas le guide d'entretien à l'avance et ne pouvaient pas se préparer à l'entrevue. Ils disposaient de la liste des points abordés lors de la séance pour qu'ils puissent se recentrer sur la question s'ils s'en éloignaient trop.

De plus, la durée des entretiens ne pouvait être trop importante du fait d'un emploi du temps souvent chargé des médecins.

En additionnant ces facteurs, on peut penser que chaque point de l'interview faisait essentiellement ressurgir une idée primant sur les autres. D'autres éléments auraient pu être abordés si les entretiens avaient pu durer plus longtemps.

Malgré l'oubli obligatoire de certaines informations, le principe de l'étude était bel et bien de capter l'essence du discours des médecins. Ceci passe donc par le fait de traiter en premier lieu l'idée émergeant spontanément et émotionnellement chez chaque participant.

iii. Les biais de recueil

Les premiers interrogatoires manquaient d'adresse et de fluidité. Ils sont devenus de plus en plus performants avec l'adaptation progressive du guide d'entretien mais également de l'expérience accumulée. L'ouvrage « L'entretien compréhensif » (21) m'a permis d'améliorer la manière d'appréhender et de mener un entretien semi-directif. Une expérience plus solide semble nécessaire pour diriger une étude de plus grande envergure.

On peut aussi citer le biais affectif ; pour beaucoup d'intervenants, le problème de la démographie médicale est un sujet important et vecteur d'émotions négatives. La retraite approchant progressivement, pour une majorité d'entre eux sans succession en vue, tendant à renforcer l'aspect péjoratif de l'entretien. On peut en penser que la discussion était essentiellement axée de manière plutôt pessimiste, la contrainte de temps ne permettant peut-être pas d'évoquer d'autres sujets, possiblement plus positifs.

iv. Le biais de retranscription

Nous avons choisi de ne nous fier qu'aux idées évoquées par le médecin sans chercher le sens émotionnel de celles-ci. Nous n'avons donc converti de l'entretien que le contenu verbal depuis l'enregistrement audio. Les mimiques, regards, soupirs, hésitations n'ont pas été relevés. Ces éléments étaient pourtant chargés de sens. Il est licite de penser que le verbatim, bien que fidèle mot pour mot à la discussion, ne reflète pas l'entièreté de la pensée des médecins.

v. Le biais d'interprétation

Pour extraire les catégories depuis les unités de sens, les verbatims ont été intégralement lus à plusieurs reprises par mon directeur de thèse, une chercheuse et moi. S'en est suivi une extraction des unités de sens ensuite catégorisées et sous-catégorisées. Chacune de ces étapes s'est déroulée en aveugle, afin de limiter l'influence des uns sur les autres et de trianguler les données.

On peut tout de même admettre que la vision de trois personnes peut ne pas être suffisante pour tirer la meilleure essence d'un matériau brut.

3. Les critères de validité

i. La validité interne

Comme expliqué dans le chapitre précédent, la triangulation des données a pu permettre un codage en parallèle par un deux autres chercheur-codeurs en la personne de mon directeur de thèse, une chercheuse et moi-même.

Bien que ce ne soit pas le cas pour mon directeur de thèse, la chercheuse était déjà formée à cette méthodologie et a déjà mené à bien ce genre d'étude.

Nos trois séries de catégories et de sous-catégories ont été comparées pour assurer la concordance des associations d'unités de sens. Nous avons pu discuter et éventuellement réorganiser les catégories si certains points nous paraissaient trop divergents

ii. La validité externe

Il existe plusieurs études qualitatives traitant de la cessation d'activité chez les médecins généralistes. Les facteurs liés à la poursuite ou à l'interruption de l'activité libérale étaient retrouvés de manière fiable entre les travaux, de même que lors de nos investigations. Etant donné la reproductibilité parmi la bibliographie on peut considérer une solidité suffisante pour l'étude.

4. Originalité de l'étude

Parmi les études consultées lors de la recherche bibliographique, certaines traitaient des motivations à la poursuite de l'activité libérale au-delà de l'âge moyen de départ en retraite, ou à l'inverse celles à la cessation d'activité de manière plus précoce que prévu. La démographie est un sujet touchant absolument tous les médecins, avec un impact plus ou moins grand. Au fil des lectures, nous n'avons pas retrouvé d'autres études traitant spécifiquement de la dégradation de la démographie médicale et son impact sur les médecins envisageant un départ retraite à court ou moyen terme.

B. Analyse des résultats

1. Le paradoxe entre le travail fourni et la culpabilité ressentie

A l'orée du départ en retraite, il est commun de procéder à une rétrospection de ses années de travail. Dans le cadre d'un métier centré sur autrui comme celui de médecin, une certaine fierté et un sentiment du devoir accompli sembleraient logiques.

De plus, les médecins occupent une place importante dans la société, l'exercice est bien souvent reconnu difficile, que ce soit sur un plan technique, de quantité de travail ou de responsabilité. La retraite est donc sensée faire ressurgir l'accomplissement de plusieurs décennies de pratique vouées à soigner et prendre en charge les malades.

Pourtant, plusieurs de nos participants ont déclaré que, malgré leur position sociale et leur dévouement, ils éprouvaient de la culpabilité à envisager la retraite. La démographie médicale

se dégradant petit à petit depuis plusieurs années, il est compréhensible de la part de la population de s'inquiéter quant à l'avenir.

Les médecins interrogés exprimaient bien le paradoxe entre leur quantité et qualité de travail et le fait qu'ils soient culpabilisés de mettre un terme à leur activité libérale. Selon eux, leurs années de travail difficiles rendent leur retraite d'autant plus légitime. Ils ne se sentent pas responsables, à leur échelle, de la détérioration de l'offre de soin qui parait être le fait d'une politique de santé inadaptée. La responsabilité d'une telle situation reviendrait donc à une instance bien en amont du médecin généraliste lui-même.

Cette culpabilité est ressentie à deux niveaux :

D'un côté de la part des patients qui peuvent ressentir de la colère et de la frustration à l'idée de perdre leur médecin traitant, et qui parfois ne se gênent pas pour leur en faire part. De l'autre, de la part de l'Etat et autres instances qui sous-entendent aux médecins de maintenir le navire à flot en faisant autant d'actes que possible malgré une demande souvent bien supérieure à l'offre.

Un mécanisme de défense serait de récuser complètement cette culpabilité, comme nous l'a clairement énoncé l'un des médecins interrogés. Si on admet qu'on n'est pas responsable de la situation, il serait logique de ne pas se sentir coupable. Pourtant, l'attitude culpabilisante provoque un ressenti désagréable qui peut empêcher de profiter pleinement du départ en retraite.

2. La succession synonyme de soulagement, à l'intérêt du patient

Parmi les motivations des médecins exerçant au-delà de l'âge de la retraite, il est mentionné dans une étude qualitative de 2019 le manque de successeur (22). Bien que cet élément soit rarement cité comme unique ou absolument déterminant, il semble être présent dans l'esprit du plus grand nombre et affecte presque systématiquement l'idée de la retraite quand on se sait dans un secteur pauvre en médecins, et duquel un départ en retraite serait mal vécu par la population.

Nous avons évoqué plus tôt l'angoisse que pouvait refléter un départ en retraite sans successeur ni environnement médical satisfaisant et l'impact qu'il aurait sur sa patientèle. Le corollaire sous-entend qu'avoir un successeur serait synonyme d'un grand allégement. Il éviterait de ressentir l'angoisse et la culpabilité liées à « l'abandon » de sa patientèle.

Malheureusement, très peu de médecins généralistes trouvent succession. Les rares ayant cette chance y voient l'opportunité de finir leur activité avec sérénité et le soulagement de savoir son cabinet et ses patients pris en main par un confrère ou une consœur. La majorité des médecins interrogés exprimait une tendance spontanée à être prêt à céder tout son matériel et sa patientèle pour rien, pour favoriser la fortune d'un successeur.

On est ici témoin d'un changement majeur dans le tableau de la médecine libérale. Nos participants ont commencé leur activité dans une environnement concurrentiel. L'une d'entre elle m'a même raconté qu'on décourageait les jeunes à se lancer dans une carrière médicale libérale à cause du risque de manque de travail. Dans ce contexte, succéder à un médecin et récupérer sa patientèle était si prisé que cette dernière se vendait souvent très cher. De nos jours, les médecins cessant leur activité sont tellement désemparés qu'ils énoncent clairement qu'ils pourraient tout laisser sans contrepartie pécuniaire, si cela pouvait aider à séduire un médecin pour qu'il reprenne son cabinet.

Après tant d'année de pratique et au vu de la pénurie de médecins généralistes, l'enjeu le plus important n'apparait pas être l'argent. Un médecin libéral est certes un chef d'entreprise, la notion de rentabilité financière se doit d'être présente et importante mais ne constitue pas le centre de l'attention du praticien. C'est d'autant plus vrai en fin de carrière où l'accumulation des années dans un contexte de dégradation constante de la démographie médicale tend encore plus à axer son intérêt autour de la qualité et la continuité des soins envers ses patients.

Cette notion cristallise l'essence de la préoccupation du médecin généraliste qui place ses patients au cœur de sa pratique.

3. Connaître et s'adapter aux choix et à la mentalité de la nouvelle génération

L'évolution de la démographie médicale va de pair avec le changement des mentalités chez les médecins. Le mode de vie et de travail de la nouvelle génération est radicalement différent des plus anciennes, surtout pour ce qui est de l'exercice libéral. L'image du médecin de famille d'antan dépeint un praticien effectuant beaucoup d'heures de travail, mobilisable sur des amplitudes encore plus importantes, si ce n'est en permanence.

En effet, à une époque sans autre façon d'avoir recours aux soins primaires que son médecin traitant, il était habituel que ce dernier soit souvent de garde la nuit et les week-ends, en plus de journées chargées la semaine. Ce phénomène était d'autant plus marqué en milieu rural, milieu dans lequel il faut également prendre en compte les temps de trajet importants pour les visites à domicile.

De nos jours, être médecin généraliste en libéral incombe de remplir les mêmes obligations mais dans des circonstances bien différentes. D'autres modes de recours comme le centre 15, les urgences et SOS médecin ont changé la face de la permanence des soins. De moins en moins de libéraux effectuent des gardes de nuit ou de week-end. Pourtant, avec la diminution progressive du nombre de médecins généralistes, la pratique s'est également dégradée avec une demande presque systématiquement supérieure à l'offre. Si on prend aussi en compte les tâches administratives qui prennent de plus en plus de temps dans le quotidien du médecin, nous avons un facteur supplémentaire de charge de travail additionnelle.

Tout ceci a eu tendance à effacer progressivement le statut de médecin de famille « à l'ancienne », installé seul, qui peut voir ses confrères comme concurrents. La vie de famille et le temps de loisir sont des préoccupations beaucoup plus importantes aux yeux des jeunes médecins, privilégiant le travail de groupe, qui permet de pérenniser une permanence de soin satisfaisante tout en s'accordant du temps pour, par exemple, les congés ou s'occuper des enfants. Actuellement, la grande majorité des médecins de moins de 50 ans exerce en groupe (23).

Il faut aussi rappeler que la profession était largement masculine dans les anciennes générations. Les obligations ménagères et familiales étaient la plupart du temps remplies par les épouses des médecins, souvent sans emploi, ce qui permettait à ces derniers de se

concentrer d'autant plus dans leur activité médicale. Les conjointes aidaient également habituellement leurs époux dans les tâches administratives, en s'occupant par exemple du secrétariat et de la comptabilité.

La féminisation de la profession représente un facteur de plus dans le changement de l'aspect de la médecine. Elles sont plus souvent salariées (24), en couple avec un compagnon de vie cadre supérieur qui ne peut donc pas se dédier entièrement à la vie familiale. Cette conjoncture de facteurs entraine une diminution du nombre d'heures de travail et de consultations annuelles par praticien, bien que peu significative.

Avant de s'installer dans une commune, un médecin est à la recherche de certains critères relatifs à la vie sociale. La présence, par exemple, d'une école, d'une banque, d'une caserne de pompiers ou d'un bureau de poste peuvent être déterminants pour une implantation. La proximité familiale est également un critère majeur pour le lieu d'installation (25).

4. L'exercice rural et semi-rural face à cette évolution

Dans les zones les moins bien dotées, les médecins libéraux effectuent statistiquement plus d'actes pour un nombre d'heures de travail similaire (26). On peut comprendre ce phénomène par le besoin plus exclusif de la population envers les praticiens de ces zones.
La qualité de consultation pourrait en être affectée mais elle semble être une caractéristique essentielle de l'exercice d'un médecin généraliste. Se sentir contraint à effectuer plus d'actes car son territoire est pauvre en homologues présente au moins deux limites évidentes.

La première est, comme nous l'avons mentionné, de maintenir une bonne qualité de travail pour le patient qui passe par un temps de consultation qui n'est pas compressible à l'infini si on veut pouvoir exécuter convenablement la démarche standard d'une consultation ; interrogatoire, examen clinique, réflexion et prise de décision.
Il faut également rajouter deux éléments extra-cliniques : Être au contact direct des individus implique une dimension sociale naturelle ; se saluer, se parler un minimum, se dire au revoir etc. Comme le disent certains : « On n'est pas des machines » ; ce temps de sociabilité, même raccourci au maximum par souci d'optimisation, rentre en compte de manière significative sur l'ensemble des consultations de la journée. Ensuite, le temps de travail administratif, qui a

lieu pendant, et souvent après l'entrevue. Ces tâches sont de plus en plus présentes et nombreux sont ceux à les considérer comme chronophages, alourdissant considérablement la charge de travail globale des médecins et rendant la position de libéral moins attractive.

La deuxième limite est plutôt centrée sur le médecin. Il est largement reconnu que cette profession est très exposée au risque d'épuisement professionnel (27). La dépersonnalisation et l'émoussement émotionnel sont deux symptômes caractéristiques du Syndrome D'épuisement Professionnel (SEP) – ou burn-out – qu'on peut aisément s'infliger en enchainant les actes à un rythme trop effréné ou en élargissant les plages horaires plus que de raison. Comme nous l'a soutenu l'un des participants, ce risque est très grand et les conséquences peuvent être dramatiques pour le médecin lui-même et pour ses patients, puisqu'il est tout à fait envisageable de ne pas du tout reprendre le travail après un événement aussi impactant.

5. Le regret de l'absence de transmission : savoir-faire et patientèle

Les successions se faisant plus rares, l'image du compagnonnage entre les générations de médecins se perd. Un grand regret de la part des participants était celui de ne pas avoir l'opportunité de transmettre son savoir. Il ne s'agit pas tant de connaissances médicales scientifiques que de savoir-faire pratique. On reproche souvent à l'enseignement universitaire de ne pas véritablement préparer les futurs internes et médecins titulaires à l'activité libérale. Nous avons fait ressurgir un peu plus tôt la désolation de laisser ses patients sans successeur après le départ en retraite. Ici, nous évoquons la transmission d'un savoir spécifique qui s'oublie. Ce manque renforce le sentiment d'avoir « travaillé pour rien » au moment de fermer ses portes. De fait cette émotion est ressentie à deux niveaux : celui de voir son travail inachevé, les patients laissés et leurs dossiers perdus, et celui de ne pas léguer ses connaissances acquises sur tant d'années d'expérience.

Une des solutions pour pallier ce défaut de transmission de savoir est celle de la maitrise de stage. Quelques-uns de nos participants sont ou étaient Maître de Stage Universitaire (MSU) et y trouvaient de nombreux avantages.

Sur un plan purement académique, cette position facilite l'enseignement de la profession libérale, de la médecine de terrain au contact des patients et de tout ce que de nombreuses années de pratique peuvent apporter à un jeune médecin. Elle rend également possible un échange facile entre praticiens de générations différentes, aussi bénéfique pour les plus jeunes que pour les plus expérimentés.

D'un point de vue plus personnel, tous les médecins MSU interrogés avouaient avoir entrepris cette démarche en partie dans l'espoir de rencontrer un successeur potentiel. Pour eux, accueillir un jeune médecin, souvent sans projet professionnel défini, est un bon moyen de faire découvrir et valoriser son cabinet et son activité. Faire connaissance avec la patientèle et prendre de l'autonomie peut donner envie de se projeter, de garder ses marques à l'endroit même où on s'est formé (28). C'est pourquoi une part significative des successions s'opère au sein d'un cabinet où le futur successeur a effectué un stage durant son internat.

Le bénéfice est donc double pour le médecin titulaire ; la possibilité d'apprendre et transmettre son savoir à la nouvelle génération et la potentielle opportunité de rencontrer son futur successeur.

6. Pas de changement de pratique pour une majorité, malgré l'augmentation des demandes

Nous avons vu dans les derniers paragraphes qu'un départ en retraite sans succession était souvent lourd de conséquences morales. Un départ dans ces conditions entraine souvent des mesures mises en œuvre par les médecins, comme devenir Maître de Stage Universitaire pour rencontrer des internes et rendre attractif son cabinet ou bien monter un projet de maison de santé pour tenter d'améliorer l'offre de soin sur son territoire.

Ces actes sont motivés par un souci de continuité et de qualité des soins et dans l'intérêt premier des patients. Ils ont toutefois plusieurs limites. Bien que la plupart des médecins interrogés acceptaient de rester aussi longtemps que possible, tant que la démographie médicale de leur secteur n'était pas plus favorable, ou attendant qu'un successeur se présente, l'âge limite qu'ils avaient en tête resterait pour eux une borne infranchissable. Nous l'avons vu tout au long de ce chapitre ; les médecins peuvent faire preuve d'abnégation mais

leur intégrité doit être préservée. L'offre de soin primaire en médecine générale a beau se détériorer de manière très inquiétante, nul ne fera continuer les praticiens participants à travailler au-delà du raisonnable quand l'heure de la retraite aura sonné. De la même façon, ils sont prêts à charger leurs journées de travail autant qu'ils le peuvent mais n'iront pas jusqu'à diminuer la qualité de leur pratique pour tenter de voir le plus de patients possible et n'empièteront pas plus sur leur temps de vie personnelle.

Il a également été mentionné que l'augmentation de la charge de travail liée à la baisse du nombre de médecins généralistes pouvait être un catalyseur de la cessation d'activité libérale. Nous avons ici un paradoxe ; un besoin plus grand en médecins généralistes peut pousser ces derniers à limiter ou écourter leur activité à cause de la surcharge de travail. C'est le même principe qui s'applique aux jeunes médecins contemporains : savoir que son activité serait trop difficile dans un secteur du fait d'une demande trop importante rebutera énormément à une installation. C'est particulièrement vrai en milieu rural et semi-rural où avoir du temps libre et prendre des congés paraissent plus problématiques qu'en zone urbaine.

Pour conclure, on peut se mettre d'accord pour énoncer que l'absence de succession et d'installation de jeunes médecins est une préoccupation majeure pour les praticiens en fin de carrière. Néanmoins cela ne change ni la vision qu'ils ont de l'instant de leur départ ni la façon qu'ils ont de travailler

7. Les obligations des médecins face aux choix des autorités

Le médecin généraliste est la pierre angulaire du système de soin français. Ils ont la responsabilité d'être le premier contact médical pour la grande majorité des problèmes de santé de la population. Bien que la permanence des soins sur 24h ne soit plus assurée uniquement par les médecins libéraux de nos jours, la plupart consacrent tout de même beaucoup de temps à leur profession. Il faut pouvoir répondre au mieux à une demande de soin qui est perpétuelle, mais il est impossible de la satisfaire entièrement. Pour recevoir autant de monde que possible et répondre au mieux à une demande de soins non programmés, il est souvent nécessaire d'avoir des amplitudes horaires plutôt larges, de même que de nombreux jours travaillés par an.

Remplir ce rôle est de plus en plus difficile dans la tendance actuelle de diminution de l'APL globale sur le territoire français (29) . Les médecins en activité travaillent donc dans un environnement où il est impossible de répondre à toutes les demandes de santé et en ressentent une forme de culpabilité, bien qu'ils ne soient pas à l'origine de ces problèmes de démographie médicale.

Nous avons parlé de cette notion de culpabilité plus tôt, et qu'elle était provoquée en partie par les instances responsables. Les médecins généralistes se sentent globalement délaissés par ces dernières ; ils ont le sentiment qu'on leur demande d'effectuer de plus en plus de consultations tout en alourdissant les tâches administratives. Il est largement admis que rien n'est fait pour faciliter leur pratique alors que les conditions d'exercice se dégradent continuellement.

En somme, les médecins proches de la retraite subissent – comme les autres médecins – la pression d'une profession plus difficile, conséquence d'une politique de santé menée il y a plusieurs décennies, jugée mauvaise. Dans l'imaginaire collectif, une fin de carrière est censée se faire en douceur, en ayant la possibilité de réduire son activité si on en a envie ou si le besoin s'en fait sentir, ce qui ne semble pas être le cas chez nos aînés.

CONCLUSION

La dégradation de la démographie médicale est continuelle et préoccupante depuis plusieurs années. Les départs en retraite participent grandement à la raréfaction des médecins généralistes. La retraite est pour ces derniers vectrice de bien d'émotions.

On peut y voir l'aboutissement de décennies de bons et loyaux services à soigner la population, l'opportunité de pouvoir enfin se reposer et s'adonner à ses passe-temps. Beaucoup de sentiments positifs sont généralement ressentis lors de cet instant.

Paradoxalement, nombreux sont ceux à ressentir de la culpabilité à l'idée de partir. L'environnement médical n'étant pas propice à la disparition de praticiens, un départ en retraite est mal vécu par les patients et peuvent aller jusqu'à rendre coupable le médecin de les abandonner.

Le peu de nouvelles installations et de successions peuvent en effet angoisser les praticiens qui regrettent l'idée de laisser leur patientèle sans successeur pour les prendre en main, tout autant que celle de ne pas pouvoir transmettre son savoir.

Ce contexte pousse les médecins à travailler autant que possible et parfois à retarder la prise de retraite. La majorité des participants énonce tout de même que rien ne saurait retarder la cessation d'activité au-delà de l'âge limite qu'ils se sont fixé. De la même manière, ils n'acceptent pas de réduire leur temps de consultation et risquer de diminuer la qualité de leur pratique, par souci d'optimiser le nombre de consultations.

Pour d'autre, l'indifférence est totale au regard de l'environnement médical. Aucun poids ne provoque un quelconque changement dans leur façon de travailler ni dans l'idée qu'ils ont de leur départ en retraite.

Plusieurs pistes semblent prometteuses pour tenter de préserver au mieux leur offre de soin : devenir Maître de Stage Universitaire ou monter un projet de maison de santé sont de bons moyens d'attirer de jeunes médecins dans son secteur.

Par ailleurs, les médecins interrogés estimaient quasiment à l'unanimité que la responsabilité d'une telle situation était due à une mauvaise politique de santé il y a plusieurs décennies, la restriction du numerus clausus en tête de liste. De plus, les mesures apportées par les

instances actuelles pour essayer d'améliorer les conditions de travail des médecins sont largement reconnues inadaptées.

Le département des Alpes-de-Haute-Provence, majoritairement rural et semi-rural est un territoire propice à la désertification médicale. C'est pourquoi cette notion est si importante aux yeux de ses médecins les plus expérimentés, et pourquoi le départ en retraite dans ces conditions est si mal vécu par certains.

Bibliographie

1. Vega A. Tome 1 Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. :115.

2. Tome 2 Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. :85.

3. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 30 sept 2021]. Disponible sur: https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm

4. Combien de médecins en France au 1er janvier 2019 ? [Internet]. Profil Médecin. 2019 [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: https://www.profilmedecin.fr/contenu/combien-de-medecins-en-france-au-1er-janvier-2019/

5. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

6. L'âge moyen de départ à la retraite des médecins [Internet]. [cité 7 nov 2021]. Disponible sur: https://app.leadfox.co/public/5e319eebe43eff7381439a1b/615eb1eb1cb0934d26d171e8/?__lm=1611396599-WEJg55ttiff4uvXJMA6X0O-YS1voDZaorKukCOELIJCc6nMGOFrLi

7. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. 2009;66.

8. Cession de sa patientèle, à quel prix ? [Internet]. RemplaFrance. [cité 23 oct 2021]. Disponible sur: https://remplafrance.com/blog/cession-de-patientele-a-quel-prix

9. Barlet M. N° 795 - L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. :8.

10. Barlet M, Collin C. Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. :4.

11. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L 'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. 2012;8.

12. ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE : Carte, plan departement des Alpes-de-Haute-Provence 04 [Internet]. [cité 24 oct 2021]. Disponible sur: http://www.cartesfrance.fr/carte-france-departement/carte-departement-Alpes-de-Haute-Provence.html

13. Estimation de la population au 1er janvier 2021 | Insee [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198#consulter

14. Accueil | Conseil départemental des Alpes de Haute Provence de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: https://conseil04.ordre.medecin.fr/

15. Superficie | L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/superficie

16. URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-8-juin-2018.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2021]. Disponible sur: http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/URPS-ML_PACA_SDM-MG_maj-8-juin-2018.pdf

17. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2016 [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/analyse-qualitative-en-sciences-humaines-et-social--9782200614706.htm

18. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. :18.

19. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 20:6.

20. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 1 janv 2008;84:142‑5.

21. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif - 4e éd. Armand Colin; 2016. 96 p.

22. Debaes V. Motivations et ressentis du médecin généraliste de plus de 65 ans poursuivant une activité professionnelle. 2 avr 2019;114.

23. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf

24. Marion Bachelet ; Marie Anguis. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. [cité 26 janv 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf

25. Ordre National des Médecins. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS. :27.

26. Silhol J, Ventelou B, Zaytseva A, Marbot C. Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? Revue française des affaires sociales. 2019;1(2):213.

27. 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.

28. La succession du cabinet médical [Internet]. CMV Mediforce. [cité 3 nov 2021]. Disponible sur: http://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-professions/medecin/la-succession-du-cabinet-medical/

29. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2 févr 2021]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2018-les-territoires-sous-dotes-en-medecins-generalistes-concernent-pres-de

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien semi-dirigé

Bonjour,

Je vous remercie tout d'abord d'avoir accepté de participer à mon étude pour la réalisation de ma thèse.

Si vous êtes d'accord l'entretien sera enregistré au moyen d'un dictaphone, pour me permettre une retranscription fidèle notre discussion. Votre anonymat sera conservé et n'importe quelle information pouvant compromettre votre identité sera censuré.

Ce travail porte sur les médecins généralistes allant vers la fin de leur carrière et leur façon d'appréhender leur future cessation d'activité.
Statistiquement, entre 90 et 95% des médecins généralistes prenant leur retraite n'ont pas de successeur et ferment donc leur cabinet définitivement, laissant souvent leur patientèle en grande difficulté pour trouver un nouveau médecin traitant.

Sachant cela, on est en droit de penser ce ceci inquiète et préoccupe nombre de médecins généralistes songeant à un départ en retraite dans quelques années.

A travers cet entretien je cherche à savoir l'impact que ce phénomène a sur les conditions d'exercice, et l'organisation des praticiens pouvant bientôt prétendre à une retraite, ainsi que la vision qu'ils ont de celle-ci.

Les premières questions sont plutôt à réponse courte et permettent surtout de faire l'état des lieux des pratiques des médecins interrogés

Depuis combien de temps êtes-vous installé ici ? Où étiez-vous installé auparavant ?
Pensez-vous à la retraite ? Avez-vous un âge idéal ou ultime pour un départ en retraite ?

Depuis le début de votre pratique, estimez-vous :

- Que la pratique de la médecine s'est globalement dégradée/améliorée/stabilisée ?

- Travailler plus qu'avant ?
- De manière plus intensive ?
- Accorder moins de temps à vos patients ?

Considérez-vous que votre secteur soit bien pourvu en médecin généraliste, que l'offre est suffisante ?
De combien d'installation de nouveau médecins généralistes avez-vous été témoin depuis ces 10-15 dernières années ?
Estimez-vous que ce soit suffisant pour combler les départs en retraite et de pérenniser une offre de soin adaptée ?

Que pensez-vous du départ en retraite dans ces conditions ?
Un départ en retraite dans les prochaines années est-il envisageable pour vous ? Pourquoi ?

Quels sont les critères (s'ils existent) qui rendraient impossible pour vous un départ en retraite ?
Quels sont les critères (s'ils existent) qui rendraient obligatoire pour vous un départ en retraite ?

Concernant la succession

Avez-vous un successeur présumé ou potentiel ? *
Quelle importance la succession revêt-elle par rapport à votre départ en retraite ?
En l'absence de successeur, l'environnement médical actuel vous permettrait-il un départ serein ?

*Si oui :
- Par quel biais en avez-vous fait connaissance ?
- En êtes-vous à l'initiative ?
- Cela modifie-t-il votre façon de travail ou votre charge de travail ?
- Cela change-t-il la vision que vous avez de votre départ ?

*Si non :

- Cherchez-vous activement un successeur ? Ou bien est-ce un projet pour plus tard ? Si oui, par quelle méthode ?
- Cela modifie-t-il votre façon de travail ou votre charge de travail ?
- Cela change-t-il la vision que vous avez de votre départ ?

Selon vous, de qui relève la charge de maintenir une offre de soin satisfaisante sur le territoire ? (L'Etat, les facultés, les ARS, les médecins généralistes eux-mêmes, les internes et jeunes médecins etc)

Annexe 2 : Collecte des caractéristiques des participants

Bonjour,

Merci encore de bien vouloir participer à mon étude.

A travers cette fiche je cherche un certain nombre de caractéristiques pour affiner votre profil pour servir mon propos concernant vos conditions de travail et

Toutes les données sont évidemment anonymes

Quel est votre âge ?

A quelle date avez-vous fini votre internant et vous êtes-vous installé ?

Quel est votre mode d'installation ?

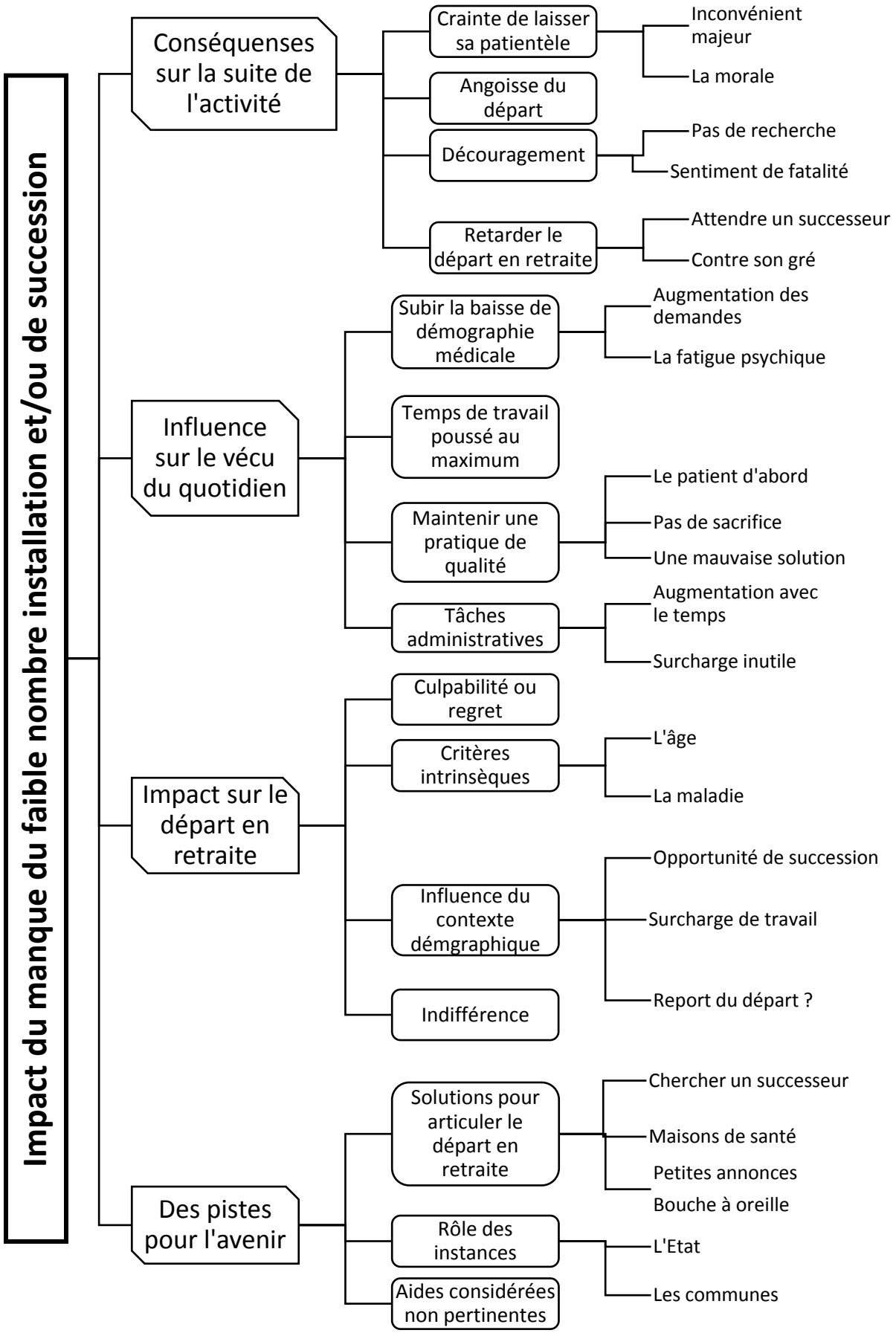
Quel est votre lieu d'installation ?

Disposez-vous d'un secrétariat. Si oui, est-il physique ou téléphonique ?

Êtes-vous en cumul emploi-retraite ? Si oui, depuis quelle année ?

Je vous remercie.

Annexe 3 : Arbre des thèmes et catégories



Abréviations

DREES = Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CNOM = Conseil National de l'Ordre des Médecins

TCAM = Taux de Croissance Annuel Moyen

APL = Accessibilité Potentielle Localisée

DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins

ETP = Equivalent Temps Plein

SUDOC = Système Universitaire de Documentation

SASPAS = Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

MSU = Maître de Stage Universitaire

ALD = Affection de Longue Durée

SEP = Syndrome d'Epuisement Professionnel

ARS = Agence Régionale de Santé

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 mœurs.

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