



HAL
open science

Être médecin généraliste : quel ressenti pour ce métier et son avenir ? Une étude qualitative

Laura Monges

► **To cite this version:**

Laura Monges. Être médecin généraliste : quel ressenti pour ce métier et son avenir ? Une étude qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04132988

HAL Id: dumas-04132988

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04132988v1>

Submitted on 19 Jun 2023

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Etre médecin généraliste : quel ressenti pour ce métier et son avenir ?

Une étude qualitative

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 14 Juin 2023

Par Madame Laura MONGES

Née le 22 août 1994 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Professeur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

Madame le Docteur ROUSSEAU DURAND Raphaëlle

Assesseur

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

Asseseurs :

➤ 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. 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

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} 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	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUVE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
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
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
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
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE 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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

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

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
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	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
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	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS 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		DOCTEURS HONORIS CAUSA
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 Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (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
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
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
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
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
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
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 disponibilité
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
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-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)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

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

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

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

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

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

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (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)

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

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

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (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)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

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

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

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) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

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)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**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)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

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) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

Remerciement

Au Professeur Patrick Gerbeaux, merci de me faire l'immense honneur de présider cette thèse.

A ma directrice de thèse, le Docteur Aurélie Janczewski, merci d'avoir accepté de m'aider dans ce travail, pour ta patience et ton indulgence tout au long de l'écriture de cette thèse.

A mon dernier membre de jury, le Docteur Rousseau Durand Raphaële, merci pour l'intérêt porté pour mon sujet et d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Aux 16 médecins généralistes interrogés, merci d'avoir participé au cœur de cette thèse avec vos témoignages.

A mes parents, merci pour votre soutien sans faille toutes ces années, de m'avoir encouragé et porté à bout de bras, d'avoir été présents quand je suis tombée, à plusieurs reprises, et de m'avoir permise de ne jamais abandonner, j'espère avoir fait votre fierté. Merci pour votre amour inconditionnel.

A mes sœurs, merci de m'avoir témoigné autant d'admiration et d'amour toutes ces années et votre soutien, à vos belles petites familles.

A mes nièces, Mama et Zouzou et au petit mec de la famille Gabriel, j'espère pouvoir enfin vous voir grandir.

A mon ours, merci de m'apporter tant de bonheur et ton soutien indéfectible. A nos années futures et nos projets d'avenir, à notre futur nid douillet à nous deux. Et à nos boules d'amour.

A mes beaux-parents, Chantal et Michel, merci pour votre bienveillance, votre soutien et toutes vos marques d'affection.

A ma boule, mon rayon de soleil (si j'ai été la première à te le dire), merci de me faire rire comme tu sais le faire, pour toutes ces anecdotes durant ton internat aussi folles et trépidantes les unes que les autres à me tenir en haleine pendant plusieurs heures. Tu es l'une des plus belles personnes que je connaisse et la personne la plus forte.

A ma nouille qui malgré la distance reste toujours présente. Merci pour tous ces moments de révision avec notre café S, de tous ces fous rires, à cette fameuse question qui restera dans les annales et de loin ma préférée : Vous quelle quantité de sel dans la mer ? Merci d'être une aussi belle personne.

A Nana ma plus belle rencontre de cet internat, à notre future collaboration pour un jour prochain qui sait. Merci infiniment pour le temps accordé à rectifier des détails

A Nayan pour ces 6 mois au CHICAS à papoter crypto et pour ta bonne humeur en toute circonstance.

A Justine, pour ce stage de pédiatrie qui n'aurait pas été aussi bien sans toi. Merci pour ton temps d'écoute et ta réassurance.

A Emma et Françoise, mes supers internistes qui ont rendu ce stage hospitalier encore plus passionnant. Souvenez-vous du jour de bascule !

A Lucas pour sa patience indéfectible et sa volonté de rassembler tout le monde ainsi qu'à son acolyte Alex.

A Adrian, mon frère de cœur depuis petite. Merci pour l'aide conséquente que tu as apporté à ce travail. A toutes les belles années poney passées ensemble.

A mes amis des Hautes-Alpes, particulièrement à ma chamou pour son écoute et sa gentillesse.

A P pour toutes nos jeunes années et aux souvenirs des longues heures passées ensemble au téléphone, à cette année de PACES marquante.

Au Docteur Cohen pour qui je voue une grande admiration et qui m'a sorti de détresse en stage d'externat. Merci d'avoir cru en moi, vous êtes formidable !

A l'équipe de médecine interne et de gynécologie du CHICAS, aux supers docteurs que vous êtes, vraiment merci.

A mes maitres de stage de SASPAS, Alain et Gilles, pour votre soutien et votre écoute, à nos retrouvailles prochaines.

A mes amis d'enfance que j'ai perdu de vue au cours de ces études et à ceux que j'ai retrouvé en cours de route et notamment Paul, je te souhaite le meilleur. A ma belle Manon toujours attentive et pleine d'énergie.

A tous ces sacrifices pour un beau métier.

« Peu importe que vous ayez du style, une réputation ou de l'argent, si vous n'avez pas bon cœur, vous ne valez rien. »

Louis DE FUNÈS

Table des matières

1	Introduction.....	3
2	Matériels et méthodes.....	6
2.1	Type d'étude.....	6
2.2	Population.....	6
2.3	La grille d'entretien.....	7
2.4	Recueil des données	8
2.5	Analyse des données	9
2.6	Ethique.....	9
3	Résultats.....	11
3.1	Un constat du système de santé, principalement inquiétant.....	11
3.1.1	Un métier rémunérateur malgré tout	11
3.1.2	Être reconnaissant du système de soin Français par rapport aux autres	12
3.1.3	Les dérives du système de santé	13
3.1.4	La rentabilisation avant la qualité des soins.....	15
3.1.5	Pessimisme de l'avenir du système de soins	16
3.1.6	Manque de moyens diverses dans la santé.....	17
3.1.7	Une réorganisation du système de soins crainte	18
3.1.8	Doute sur la gestion politique de la santé	20
3.1.9	Crainte pour l'avenir des patients	23
3.1.10	Crainte pour l'avenir du métier	24
3.2	Le vécu du regard de l'autre	26
3.2.1	Reconnaissance par la société	26
3.2.2	Perdre l'image du médecin de famille.....	27
3.2.3	Être délaissé.....	28
3.2.4	Être désapprouvé	29
3.2.5	Changement de comportement des patients	31
3.3	Être médecin généraliste : des ressentis complexes.....	33
3.3.1	Se sentir ingénu.....	33

3.3.2	Description de son métier	34
3.3.3	Être quelqu'un d'important pour ses patients	35
3.3.4	Se sentir en difficulté	36
3.3.5	Avoir des valeurs	37
3.3.6	Vécu des consultations.....	37
3.3.7	Crainte des poursuites	39
3.3.8	L'inquiétude des visites	40
3.3.9	Perdre sa liberté.....	41
3.3.10	Perdre l'essence de sa fonction.....	43
3.3.11	Inquiétude de fin de carrière	44
3.4	Des choix à faire pour sa propre pratique	45
3.4.1	Faire des choix de carrière.....	45
3.4.2	Avoir évoluer et s'adapter	46
3.4.3	Se former	46
3.4.4	Charge et temps de travail	48
3.4.5	Vouloir lever le pied	50
3.4.6	Avoir le temps de vivre.....	51
3.4.7	Travailler avec ses moyens.....	51
3.4.8	Changer d'activité.....	52
3.4.9	S'organiser au cabinet.....	54
3.4.10	S'organiser au travail.....	54
3.5	Des champs d'action à explorer.....	56
3.5.1	Médecin généraliste : garant de la prise en charge médicale.....	56
3.5.2	Pour et contre la délégation des tâches.....	58
3.5.3	Education du patient au système de soin	60
3.5.4	Organisation des soins entre médecins généralistes d'un même territoire	62
3.5.5	Esprit corporatif confraternel	64
3.5.6	Inquiétude de la numérisation de la santé.....	65
3.5.7	Diminuer le temps de travail de non-soins.....	67
3.5.8	Lien ville- hôpital difficile	67
3.5.9	Reconnaissance financière.....	69
3.6	Modélisation des résultats.....	70

4	Discussion.....	71
4.1	La validité de l'étude	71
4.1.1	Les forces	71
4.1.2	Les faiblesses.....	72
4.1.2.1	Biais propres à l'enquêteur	72
4.1.2.2	Biais de recrutement.....	72
4.1.2.3	Biais d'investigation.....	72
4.1.2.4	Biais de recueil.....	73
4.1.2.5	Biais de désirabilité sociale	73
4.2	Retour sur les principaux résultats et mise en relation avec la littérature	73
4.2.1	La place du MG dans le système de soins	73
4.2.2	L'évolution des idéaux professionnels	75
4.2.1	Le remaniement de la formation.....	79
4.2.1	La place du numérique.....	80
4.2.1.1	La télémédecine.....	81
4.2.1.2	L'avenir de la médecine est-elle à l'IA ?.....	81
5	Conclusion	83
6	Bibliographie.....	84
7	Annexes.....	88
7.1	Annexe 1 : Guide d'entretien	88
8	Abréviations	89

1 Introduction

Être médecin généraliste, en quoi ça consiste exactement ?

Tel que le définit la *World Organization of Family Doctors* (WONCA) dans son communiqué de 2002 et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le médecin généraliste est le médecin de premiers recours dans le parcours

de soins. Muni de multiples missions dont les principales étant d'assurer les soins ambulatoires incluant le diagnostic, le traitement, le suivi, la prévention et le dépistage des maladies, en intégrant les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle de sa patientèle. De plus, il oriente ses patients en assurant une bonne coordination des soins entre tous les professionnels de santé (1), (2).

D'après les dernières données du CNOM, la démographie médicale au 1^{er} janvier 2022 était de 317 554 médecins inscrits au tableau toutes activités confondues. Parmi eux, seuls 197 511 médecins sont actifs, dont 88 261 spécialistes médicaux et 25 417 chirurgiens

Concernant la spécialité de médecine générale elle concernait 84 133 médecins généralistes en activité régulière. L'activités régulière regroupant l'activité libérale ou mixte à 51,8 % de cet effectif et une activité salariée à hauteur de 48,1 %. À noter que ce chiffre englobe les médecins actifs réguliers, les médecins remplaçants et les médecins retraités ayant conservés une activité médicale.

En l'espace de 12 ans, on dénombre une perte notable d'un peu plus de 10 000 MG (3).

Pourquoi ce mépris et cette fuite de cette spécialité ?

Si l'on demande à un médecin en fin de carrière de nous conter l'évolution de la place du généraliste dans la société, cela pourrait se résumer ainsi : « Au début du XX^{ème} siècle, il y avait 3 notables du bourg pour lesquels on vouait un profond respect : l'instituteur, le prêtre et le médecin. Le médecin était la

personne qui détenait le savoir médical, qui était très humain, était respecté pour ses capacités et son écoute ainsi que sa disponibilité. Il y avait un lien très fort entre lui et ses patients, il était LE médecin de famille. Puis la société a changé, le système de soin a évolué et avec, les mentalités. La place du généraliste est passé de médecin de famille à celui de médecin traitant puis aujourd'hui médecin intervenant interchangeable ».

Les études médicales amenant au titre de MG ont été réformées maintes fois au cours des années pour mener au DES de médecine générale en 2004, reconnaissant par ce fait sa légitimité au titre de spécialité et redorant son blason, puisque longtemps dénigrée et considérée comme une sous médecine, réservant une voie royale aux médecines de spécialité. De ce fait, la naissance de l'examen national classant a fait des pertes considérables en médecine générale devant le refus de certains étudiants à se résoudre à devoir choisir cette spécialité par dépit (4).

Plusieurs articles parus dans les années 2000 évoquent la souffrance des MG en pointant du doigt les différentes plaies affectant la profession. Le manque de reconnaissance financière paraissait être la première raison, la charge de travail incompatible avec la vie familiale et la responsabilité médico-légale par ailleurs de plus en plus pesante. Il y avait de plus, un sentiment de perte de valeur professionnelle avec une présence de plus en plus importante des instances politiques (5), (6).

La recherche d'une conciliation entre qualité des soins et amélioration de la qualité de vie est recherchée depuis les années 2000. La médecine générale est en crise depuis 20 ans et aucune décision gouvernementale ne paraît être à la hauteur des espérances à ce que le MG d'aujourd'hui aspire (7).

Quel avenir pour la médecine générale depuis l'horizon 2022-2023 ?

L'objectif de ce travail de recherche qualitatif était d'étudier le ressenti des médecins généralistes des Hautes Alpes et du Var de leur métier ainsi que la vision d'avenir qu'ils en ont.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Le choix d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée s'est porté sur l'intérêt de recueillir sur le terrain le ressenti des médecins généralistes sur la représentation de leur métier et son devenir, leur laissant une libre parole afin qu'ils puissent argumenter leur réflexion sur la question posée.

Issue des sciences humaines et sociales, cette méthode est adaptée à « *toute question visant à comprendre les acteurs, en partant de la façon dont ils vivent et appréhendent ce qui leur arrive* ». Elle permet d'élaborer des hypothèses intermédiaires à la suite de chaque fin d'entretien selon une méthode inductive et la production d'un modèle explicatif (8).

2.2 Population

La population ciblée était des médecins généralistes du Var et des Hautes Alpes. L'échantillonnage ne se voulait pas quantitativement important mais diversifié. Les médecins interviewés ont donc été retenus dans un souci d'équité concernant la diversité de leur profil, à savoir par le mode d'exercice (urbain, rural et semi rural), le sexe, l'âge, l'expérience du métier, qu'ils soient

en activité ou à la retraite, installés ou remplaçants afin d'avoir un panel de réponse aussi varié que possible.

Le recrutement s'est fait initialement par le biais de connaissance personnelle du chercheur puis par « effet boule de neige » sur une période s'étendant de septembre 2022 à janvier 2023.

Les entretiens ont été effectués jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire lorsque les entretiens et leur analyse ne relevaient plus de nouvelles idées. Le nombre d'enquêtés n'a donc pas été déterminé à priori mais a été obtenu de telle sorte qu'aucun nouveau concept majeur n'émergeait avec d'autres entretiens supplémentaires. La saturation des données a été obtenue au 13^{ème} entretien. Les trois entretiens supplémentaires ont permis de s'assurer de l'absence de nouvelles idées émergentes étant donné la confluence avec les derniers rebondissements médiatiques concernant le sujet.

2.3 La grille d'entretien

Cette grille (cf annexe 1) a été élaborée et modifiée tout au long des entretiens. Ce guide d'entretien a été pensé autour de 3 axes : comprendre l'attraction vers cette spécialité qu'est la médecine générale, les atouts ainsi que les problèmes relevés dans la pratique ainsi que l'avis de chacun concernant le devenir du métier.

Elle comporte 9 questions ouvertes qui ont été modifiées et reformulées au cours des 6 premiers entretiens. Une dernière question pour permettre une relance ou donner un temps de réflexion à l'interviewé n'a pas été systématique.

Le guide d'entretien a été précédé d'une brève présentation de la situation personnelle et professionnelle de l'enquêter.

Une recherche bibliographique a été établie au préalable afin d'affiner les questions ouvertes de l'enquêtrice.

2.4 Recueil des données

Les seize entretiens ont été réalisés de septembre 2022 à janvier 2023. La durée des entretiens s'étendait de 18 minutes à 78 minutes, avec une médiane de 35 minutes.

Les entretiens ont été enregistrés via un double dictaphone et retranscrits in extenso dans un délai de 48-72h via le logiciel de traitement de texte simple Microsoft Word®, en respectant les silences illustrés à l'aide de didascalies et d'onomatopées, et décrivant aussi souvent que possible les expressions affichées par les médecins.

Avant de commencer, un recueil de données quantitatives sur les interviewés a été réalisé en assurant que ces données ainsi que l'intégralité de la retranscription soient anonymisés. Pour cela chaque médecin s'est vu attribuer un numéro pour respecter l'anonymat et permettre une libre pensée dans l'argumentation.

Le lieu des entretiens a été laissé à la discrétion des interrogés, à savoir au cabinet médical, au domicile ou par téléphone (audio et visuel) pour faciliter l'approche des médecins et devant la praticité pour leur emploi du temps afin de leur faire perdre le moins de temps possible.

2.5 Analyse des données

L'analyse a été réalisée en trois temps selon la méthode de la théorisation ancrée ou « grounded theory », selon Glaser et Strauss (9).

Pour commencer un premier codage a été fait par la chercheuse. Puis un deuxième codage effectué par une personne extérieure, ingénieur en informatique, afin de garder une objectivité et une neutralité sur l'interprétation des dires des médecins, permettant une triangulation des données, indispensable pour minimiser les biais de conception dans le cas où cette thèse n'a été réalisée que par une seule personne (10).

L'analyse de chaque entretien comprenait une première lecture puis un travail de codage consistant à attribuer un code à chaque verbatim, représenté par une phrase ou un groupe de mots ayant du sens. Cette analyse s'est faite avec l'aide du logiciel de traitement de texte grand public Microsoft Word®.

Dans un deuxième temps, un codage axial a été réalisé consistant à l'émergence de catégories principales regroupant plusieurs codes ayant un même sens entre eux.

Enfin un codage matriciel à l'aide d'un troisième chercheur a été entrepris afin d'aboutir à la construction d'un modèle mettant en lien les différentes catégories entre elles.

2.6 Ethique

Cette étude repose sur des entretiens effectués auprès de professionnels de santé et n'est pas concernée par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative

aux recherches impliquant la personne humaine (loi « Jardé »), modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016.

Elle n'a donc pas nécessité d'avis auprès du Comité de protection des personnes, ni de promoteur ni d'assurance.

D'autre part elle ne comporte pas de collecte de données à caractère personnel comme l'entend la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Les informations personnelles (noms, lieux...), ont été censurées lors de la retranscription et remplacées par la lettre « X » ou par un astérisx, et les enregistrements ont été effacés à la fin de chaque retranscription.

Pour finir, aucune donnée sensible, à type d'orientation sexuelle, de religion... Par conséquent, l'étude n'a pas nécessité l'aval d'un comité d'éthique.

Tous les médecins généralistes de cette étude ont consenti librement à participer à cette étude. Le consentement a été donné oralement par le participant au début de l'entretien après explications données sur l'intérêt de l'étude, les droits du participant avec notamment la possibilité de se retirer à n'importe quel moment de l'étude.

3 Résultats

Caractéristiques des enquêtés

Médecin	Âge	Sexe	Exercice	Département	Activité
1	63	Femme	Urbain	83	Installée
2	59	Homme	Urbain	83	Installé
3	32	Homme	Semi rural	05	Installé
4	31	Femme	Semi rural	05	Installée
5	57	Homme	Urbain	83	Installé
6	64	Homme	Rural	05	Installé
7	63	Homme	Rural	05	Installé
8	28	Femme	Rural	05	Remplaçante
9	59	Homme	Urbain	83	Installé
10	66	Homme	Urbain	83	Retraité
11	75	Homme	Urbain	83	Retraité
12	29	Femme	Urbain	83	Remplaçante
13	30	Femme	Urbain	83	Installée
14	61	Femme	Urbain	83	Installée
15	51	Homme	Rural	05	Installée
16	35	Femme	Rural	05	Remplaçante

3.1 Un constat du système de santé, principalement inquiétant

3.1.1 Un métier rémunérateur malgré tout

Certains médecins le concèdent, le métier de MG nous permet de vivre décemment malgré des charges jugées lourdes au vu du temps horaire travaillé.

- ✓ M5 : « [...] j'en ai marre de travailler 55 h par semaine alors que les autres sont à 35. [...] on gagne plus mais après tous les impôts que tu payes [...]. »
- ✓ M11 : « Mais après on vit bien hein[...]. »

3.1.2 Être reconnaissant du système de soin Français par rapport aux autres

La majorité des médecins l'affirment, notre système de santé en France est unique et l'un des plus impartial au monde. Il se veut altruiste pour les Hommes et formateur pour les soignants.

- ✓ *M8 : « [...] qu'on soit riche, pauvre on est tous traité de la même manière. »*
- ✓ *M16 : « [...] une offre de soin euh satisfaisante quels que soient les revenus des patients, avec quand même des formations initiales j' pense des médecins [...] satisfaisantes. »*

Notre système de soin n'a rien à envier aux autres pays de l'Union Européenne ou hors Europe. Il se base sur la notion qu'une vie n'a pas de prix et exclut donc l'inégalité des soins présentes dans bien des pays.

- ✓ *M10 : « Alors c'est le meilleur du monde, y a que les Français qui le savent pas. [...] »*

Cependant les Français n'ont pas l'air d'avoir conscience de l'aubaine que leur procure la sécurité sociale, ce qui rend d'autant plus compliqué sa préservation à l'avenir.

- ✓ *M10 : « On a un système fabuleux faut pas le couler, faut pas que les gens abusent. [...] Mais c'est dramatique le nombre de pays où si on a pas d'argent on n'est pas soigné. »*
- ✓ *M14 : « [...] ils sont en train de le couler. »*

Un médecin met également en avant le fait que le système de santé en France est moins compliqué et plus accessible pour les étrangers qu'il ne l'est ailleurs pour un Français.

- ✓ *M10 : « [...] Vous allez aux États-Unis, [...] la communication téléphonique est facturée. [...] faut voir le nombre d'Italiens qui viennent se faire soigner dans la région, c'est pas pour rien. »*

3.1.3 Les dérives du système de santé

Cependant il existe, dans un système où la santé « n'a pas de prix », des soupçons d'abus dans le parcours de soins et une image faussement partagée que la médecine est donc gratuite.

- ✓ *M1 : « [...] on fait des actes gratuits pour des gens qui trompe la société. »*

Cette « gratuité » de l'acte entache la valeur des actes médicaux effectués par le généraliste et parait concerner principalement les jeunes générations.

- ✓ *M7 : « Et quand tu leur demandes de payer des fois, ah bon faut vous payer ? »*
- ✓ *M8 : « [...] les nouvelles générations euh sont pas conscientes aussi que, c'est pas en fait des soins gratuits [...]. »*

Le paraître de certains soignés laisse manifester une certaine hypocrisie et une malhonnêteté sur les avantages que le système de santé leur assure, c'est-à-dire que leur confort de vie, leur confort matériel ne cadre pas avec leur situation présumée précaire.

- ✓ *M1 : « [...] quand tu vois qu'ils ont la CMU, qui fument un paquet de clopes par jour, qui ont l'iPhone, airpods machin et qui ont pas de quoi payer le médecin [...]. »*

Les médecins déplorent la perte du rôle qu'ils tiennent en tant que « référent » d'une certaine expertise et la disparition progressive du lien qui les unit au patient. Le patient se retrouve submergé d'informations venant de sources diverses et variées, noyé dans un flot d'avis pouvant être

contradictoire, où les recommandations du médecin peuvent donc être remises en question.

- ✓ M2 : « [...] entre le conseil de l'infirmière, le conseil du kiné, le conseil du pharmacien, le conseil des copains [...]. »

Certains font le constat de voir le secret médical disparaître principalement du fait de l'informatisation. Cette privation de ce droit, pourtant fondamental en médecine, est rattrapée par le secret professionnel plus large dans sa définition puisque incluant plusieurs professionnels de la santé.

- ✓ M2 : « [...] au départ la consultation est quelque chose de privée entre un patient et son médecin, avec un respect du secret médical [...]. »

Certaines réglementations régissant l'exercice de la médecine paraissent manquer de bon sens à l'heure actuelle où les déserts médicaux fument et où les services d'un médecin se font rares.

- ✓ M5 : « [...] j'ai un ami anesthésiste réanimateur en retraite, [...] il cherche un médecin généraliste (sur l'île d'Aix). [...] il y ait sur place, il peut pas exercer [...] le Conseil de l'Ordre dit : une spécialité ne peut pas être remplacée par une autre spécialité. »

D'autres lois semblent paralyser la pratique avec des obligations jugées prenantes.

- ✓ M5 : « [...] j'avais la commission de sécurité qui venait tous les ans, il fallait que je fasse contrôler l'électricité, que j'ai les extincteurs [...]. »

De plus un manque d'accès rapide à certains services et de directives logiques collectives sont parfois constatés avec les autres acteurs du système de soins.

- ✓ M15 : « [...] on n'arrive jamais à joindre quelqu'un ou on n'a jamais le même son de cloche (en parlant des caisses maladies) [...]. »

3.1.4 La rentabilisation avant la qualité des soins

Les médecins constatent inéluctablement depuis plusieurs années une rentabilisation de la santé et notamment à l'hôpital au détriment de la santé des patients et malgré le personnel soignant.

- ✓ *M9 : « Et donc l'hôpital ils ont fermé des lits, y a une euh, une gestion comptable si tu veux de l'hôpital maintenant. »*
- ✓ *M3 : « [...] le côté administratif d'un côté et le côté soignant de l'autre. [...] on a la politique du chiffre, beh la T2A [...] ça a fracassé le, le monde de la santé quoi. »*

Cette rentabilisation qui passe également par un raisonnement d'économie des dépenses de santé suggérée par l'assurance maladie.

- ✓ *M2 : « [...] on n'est pas là pour soulager les gens, on est là pour soulager la sécu et pour soulager les dépenses de santé. »*

Ce qui amène à une défaillance des prises en charge, déjà existante mais nettement constatée depuis la crise sanitaire de la COVID.

- ✓ *M3 : [...] on se retrouve avec des gens qui font des passages aux urgences, il y a pas de place à l'hôpital ou qui ressortent à domicile, qui sont pas cadrés [...]. »*

Cette rentabilisation de la santé a l'air d'intéresser également certains médecins libéraux en ville pour leur propre compte.

- ✓ *M1 : « [...] on a l'impression qu'il y a beaucoup de médecins qui sont des tiroirs caisse. »*

L'argumentation va plus loin avec une analyse paradoxale entre former plus de médecins et faire que la médecine soit rentable.

- ✓ *M5 : « [...] les énarques qui disent au plus il y a de prescripteurs au plus il y a de prescriptions [...] pour faire des économies on fait moins de prescripteurs. »*

Un sentiment d'inquiétude grandit alors devant une médecine délaissée depuis des années malgré l'apparition de désert médicaux.

- ✓ *M5 : [...] si toutes les années tu dis il faut 10 ans pour faire un médecin mais ça tu l'entends depuis 20 ans [...] la santé ça fait 40 ans que c'est plus une priorité [...]. »*

3.1.5 Pessimisme de l'avenir du système de soins

Certains médecins craignent le côté grandissant de l'administrativisation de la médecine affectant son devenir et celui des soins.

- ✓ *M2 : « [...] je pense que malheureusement elle va disparaître au profit d'une technicité et d'une architecture purement dictée par l'administratif. »*

Et cette dégradation des soins ne fait que s'accélérer avec le temps malgré de nombreuses sonnettes d'alarme tirées par le passé.

- ✓ *M2 : « Il y a 10 ans les urgentistes déjà disaient dans les hôpitaux qu'on allait droit dans le mur, là on est tous dans le mur et personne ne le voit. »*
- ✓ *M3 : « [...] avant le covid on avait un système qui fonctionnait euh, déjà en temps normal il était à flux tendu, donc si y'avait le moindre pépin ça fonctionnait pas [...] »*

Les médecins suggèrent de façon unanime que le système de santé est à l'image de la société actuelle à savoir « malade », instable dans beaucoup de domaines différents.

- ✓ *M3 : « [...] le monde de la santé il est symptomatique du reste de la société. »*

C'est donc une crise multifactorielle qui est observée et qui ne touche pas exclusivement la santé mais bien d'autres corps de métier.

- ✓ M6 : « [...] c'est pas que des facteurs politiques, c'est des facteurs sociétales, générationnels [...] y a un problème sociétal là hein. »
- ✓ M9 : « [...] les gens qui dirigent le pays, je pense ont pas pris la mesure du problème [...] mais y a pas que pour la médecine hein, y a pour le reste, tu regardes l'école, c'est catastrophique [...]. »

La crise sanitaire du Covid n'a fait que révéler aux yeux de tous l'état du système de santé tel qu'il est depuis des années.

- ✓ M9 : « [...] la fermeture des lits, la crise du COVID l'a révélée mais les lits étaient déjà fermés hein depuis déjà des années [...] le système de santé était déjà un peu au bout du bout quoi je pense hein. »

Rares sont ceux qui gardent une vision optimiste pour la pratique future du généraliste en relativisant et estiment que nous sommes maîtres de notre devenir et décisionnaires des changements en cours et à venir de la profession.

- ✓ M6 : « [...] c'est une période enthousiasmante, parce que là y a un changement complet de paradigme de la manière dont on va exercer la médecine probablement. »

3.1.6 Manque de moyens diverses dans la santé

La majorité des médecins constatent avec fatalité la dégradation du système de santé par le manque de moyens qu'il soit financier, humain ou structurel amenant au risque de perte d'équité dans les soins fournis à la population.

- ✓ *M3 : « [...] t'as de plus en plus une médecine à deux vitesses, c'est-à-dire que quelqu'un qui a pas d'argent il peut pas être pris en charge quoi dans un système privé. »*
- ✓ *M12 : « Clairement à l'hôpital il manque de personnel et il manque d'argent, il manque de lits [...] Et nous en ville et ben il manque trop de médecins [...]. »*

Enfin le fait d'investir massivement dans la santé est vu comme une solution viable pour régler le fond du problème en santé et arrêter de noyer le poisson en revenant sans cesse sur des débats déjà abordés amenant à des solutions partielles.

- ✓ *M3 : « [...] mettre des moyens humains, des moyens financiers, des moyens techniques et arrêter de faire des réformettes, de mettre des pansements sur des jambes de bois. »*

3.1.7 Une réorganisation du système de soins crainte

Les solutions apportées pour pallier le manque de médecins, dont la téléconsultation devant favoriser l'accès aux soins, ne sont pas approuvées par tous les médecins ne comprenant pas le dessein, parfois vu comme une régression du savoir-faire avec le risque de passer à côté d'erreurs diagnostiques préjudiciables.

- ✓ *M5 : « [...] la première heure du premier cours de première année le prof d'anatomie nous a dit examiner les gens. Putain 30 ans après on te dit non, vous vous mettez dans une cabine [...]. »*
- ✓ *M5 : « Ah Monsieur le Juge le docteur X qui était à *, il a pas vu que mon fils il avait l'appendicite à Lille. Ben ouais fatalement il a pas pu lui palper le ventre. »*

De plus, les nouvelles mesures prises par l'assurance maladie entretiennent des inquiétudes sur l'avenir de la permanence des soins avec de possibles réquisitions des médecins généralistes.

- ✓ *M5 : « [...] ils disent comme les urgences seront plus accessibles et ben le préfet va dire à la CPTS de * démerdez vous pour les gardes. »*

D'autres solutions proposent une délégation des tâches « simples » à d'autres professionnels de santé afin d'alléger la charge de travail du médecin pour qu'il puisse se consacrer à des motifs de consultation plus complexes. Ce qui est redouté devant des patients parfois polypathologiques dont la consultation peut s'avérer chronophage et compliquée.

- ✓ *M15 : « [...] vous allez vous retrouver avec des dossiers uniquement complexes, uniquement lourds [...] de traiter une cystite de temps en temps y a pas besoin de faire travailler ses méninges [...]. »*

Faisant appréhender le risque d'un épuisement au travail encore plus rapide.

- ✓ *M15 : « Parce que les médecins craquent et ils vont encore craquer plus vite j'pense [...] ça va pas résoudre le problème des pseudo déserts médicaux. »*

Par ailleurs l'une des solutions évoquées aux déserts médicaux était de prolonger la formation des médecins, ce qui ne fait pas l'unanimité car perçu comme sournoise.

- ✓ *M4 : « [...] faudrait pas rajouter une année de plus de médecine [...] c'est juste pour avoir des esclaves pour s'occuper de l'hôpital. »*

Cependant cette réflexion pour d'autres paraît nécessaire afin d'acquérir une certaine équivalence par rapport aux autres spécialités faisant d'elle non plus

une « sous médecine » mais une spécialité tout aussi honorable que les autres.

✓ M11 : « [...] 4 ans c'est important on est à l'égal des autres spécialités. »

Mais les réformes en santé sont compliquées à mettre en place de façon pérenne dans le temps devant une société manipulée par des Hommes dont l'autorité n'est que passagère.

✓ M3 : « [...] refaire un système c'est compliqué. [...] il faut de l'investissement humain et c'est pas tous les 5 ans en changeant tout que tu arrives à des choses. »

3.1.8 Doute sur la gestion politique de la santé

Les politiques ne paraissent pas comprendre les réalités du terrain dans la pratique de la médecine générale. L'image que renvoie les autorités politiques est celle d'une institution fière mais dépassée par les conséquences de la gestion en santé depuis plusieurs années et ne pouvant trouver de réelles solutions aux problèmes posés.

✓ M7 : « [...] il est régulé (le système de santé) quand même par des technocrates qui, qui n'y connaissent rien du terrain quoi. »

✓ M9 : « [...] les ARS, les ministres, les ministères ils sont complètement hors sol déconnectés hein, ils sont largués [...]. »

La réalité du quotidien de généraliste n'a également pas l'air d'avoir été comprise par les autorités de santé qui réalisent des recommandations incompatibles avec ce qui est faisable en cabinet de ville.

✓ M11 : « [...] sur l'incontinence urinaire de la femme, le professeur de médecine il disait : [...] vous les faites pisser devant vous et vous voyez comment elle est l'incontinence. »

Enfin les réformes de santé sont politisées et ne répondent pas aux problèmes existants. Les conséquences retombent sur les praticiens et leur exercice.

- ✓ M2 : « [...] pour des raisons purement électoralistes (l'Etat) refuse de mettre en cause le patient, et il préfère mettre en cause des professionnels de santé. »
- ✓ M15 : « [...] on satisfait les électeurs en leur disant on va vous donner un médecin, on va vous faire ci [...]. »

On constate donc une inadéquation des réponses politiques aux défis du monde médical avec une absence d'écoute des médecins concernant leur besoin sur le terrain depuis des années.

- ✓ M3 : « [...] en valorisant, en faisant en sorte que les médecins généralistes aient les moyens d'évoluer aussi en les écoutant et en analysant les besoins. »

On relève par ailleurs une incohérence dans la gestion des études médicales amenant à des issues déconcertantes pour les étudiants français et pour combler la désertification médicale in fine.

- ✓ M2 : « [...] la politique absurde de faire rentrer des médecins étrangers sur le sol français pour exercer la médecine alors que NOS étudiants partent à l'étranger de la France pour faire de la médecine [...]. »

Ces déserts médicaux sont estimés être la conséquence d'une mauvaise gestion de la formation médicale en nombre des médecins par le gouvernement.

- ✓ M1 : « [...] ça fait des années que la médecine aurait dû être réformée et les présidents se succèdent et les ministres de la santé sont toujours aussi nuls les uns les autres. »

- ✓ *M5 : « [...] en fait la médecine elle a marché bien jusqu'à quand, jusqu'à, jusqu'à ce que les baby boomers prennent leur retraite, c'est à dire jusqu'en gros y a 5-10 ans. »*

Par ailleurs les médecins ont l'impression de subir une exigence des soins prodigués de la part des autorités sans que ce ne soit jamais suffisant. Ils se voient imposer la manière de travailler par un gouvernement inconscient de leur dévouement.

- ✓ *M3 : « [...] plus on en fait, plus on nous en demande et ça fait que grossir, que grossir. »*

Ils déplorent également une mauvaise communication des instances de santé, ce qui s'est démontrée pendant la crise sanitaire de la Covid, avec l'impression en plus d'être sous le contrôle des politiques.

- ✓ *M1 : « [...] on a l'impression en plus que la médecine est complètement soumise à la politique et que en fait on ne fait que ce que les politiques veulent quoi, voilà. »*
- ✓ *M9 : « En plus avec les autorités de tutelle qui te disaient blanc, rouge, vert tu vois, du jour au lendemain [...]. »*

Cette mainmise sur les généralistes et les décisions gouvernementales prises pendant la crise sanitaire ont finalement entraîné une répercussion désastreuse sur la santé des Français.

- ✓ *M3 : « [...] on a géré une crise centrée sur la, la prise en charge des patients covid au détriment de toutes les autres pathologies. »*

Pour résumé, les médecins généralistes pensent être dans une hiérarchie où leur avis ne compte pas.

- ✓ *M3 : « On a plutôt à faire à des gens qui sont plutôt carriéristes et qui sont dans l'intérêt de leur carrière et pas dans une logique générale. »*

Cela étant dit certains arrivent encore à relativiser.

- ✓ *M6 : « [...] tous les systèmes ils marchent mal parce que en fait au bout du compte c'est des hommes qui sont, qui sont le système et que on n'est pas parfait quoi. »*

3.1.9 Crainte pour l'avenir des patients

Il existe des inquiétudes sur le devenir des patients et de leur santé, le bien-être du patient restant la priorité pour les médecins.

- ✓ *M1 : « [...] quand j'ai un patient qui a une euh, dont je suspecte qu'il a une pathologie grave, bah pouvoir euh le gérer aussi rapidement que possible [...]. »*

La diminution voire l'arrêt des visites à domicile fait également parti d'une évolution des mentalités et fait craindre l'abandon de la population la plus vulnérable.

- ✓ *M12 : « [...] je m'inquiète un peu d'me dire les pauvres personnes âgées qui peuvent pas se déplacer euh, qui va venir les voir dans l'avenir. »*

D'une façon générale les médecins redoutent la façon dont les patients seront pris en charge à l'avenir.

- ✓ *M9 : « [...] je suis plutôt pessimiste sur la façon d'exercer euh et la prise en charge des gens dans les 10-15 prochaines années. »*

D'autant plus que le lien à faire avec les autres professionnels de santé est problématique devant la désertion des postes paramédicaux au vu d'un travail jugé besogneux.

- ✓ M3 : « [...] trouve des auxiliaires de vie, t'en trouve plus parce que c'est des métiers qui sont très chronophages, que c'est pas rémunéré... »

3.1.10 Crainte pour l'avenir du métier

L'avenir de la médecine générale paraît être incertain devant la multiplicité des tâches demandées aux généralistes qui est inadaptée avec les moyens disponibles pour travailler actuellement.

- ✓ M3 : « [...] au niveau de l'omnicompétence qui s'élargit de jour en jour, ben on se demande comment.. où c'est que ça va mener. »

Une dégradation du niveau de la formation médicale est crainte par quelques médecins devant des situations vécues en cabinet de ville ou du fait que l'enseignement pendant les études est parfois inégal en fonction du recrutement pédagogique.

- ✓ M5 : « Il sait pas prendre la tension au brassard. Enfin il passe en 5^{ème} année et à l'hôpital à M* ça ne choque personne. »
- ✓ M11 : « [...] les maîtres de stage sont pas assez bien formés. On prend bien souvent vu la quantité qu'il faut, on a pris n'importe qui n'importe comment [...]. »

En somme nous pouvons évoquer un risque de crise des vocations pour cette spécialité. Le découragement des jeunes générations face à une faible attractivité de la médecine de ville est palpable ainsi que ses conséquences concernant le temps horaire consacré à la médecine.

- ✓ M2 : « [...] si on lui enlève certaines prérogatives, il risque de se voir déposséder de son pouvoir médical et il risque de euh se désinvestir [...]. »
- ✓ M4 : « [...] y en a plein ils ont choisi médecine générale mais en fait ils partent à l'hôpital où y'a plus de confort [...]. »

Le risque de fuite des jeunes générations est en partie due à une mésestime du corps de métier de la part de la société.

- ✓ *M1 : « [...] vu la considération à la fois de la sécurité sociale et de la population en générale [...] je sens que de moins en moins de jeunes seront attirés par la médecine générale [...]. »*

L'idée générale serait de faire en sorte que la médecine soit de nouveau attractive pour les jeunes générations au risque de se voir déserté, perdre en qualité et laisser des structures lucratives prendre le pas, perdant ainsi un aspect des plus importants du métier, l'empathie.

- ✓ *M16 : « [...] si on rend pas la médecine libérale un peu plus attractive pour les jeunes médecins euh ça risque de tourner court [...] il risque de se monter des centres de santé où ce sera un peu de la battage [...]. »*

Le risque de voir diminuer l'implication au travail des médecins généralistes est de plus en plus à craindre.

- ✓ *M2 : « [...] le manque de reconnaissance qu'il soit pécunier euh, des patients eux-mêmes euh ou des autorités compétentes n'encouragent pas les médecins à travailler plus [...]. »*

Par ailleurs les réformes en cours sont peu propices à l'engagement vers cette spécialité.

- ✓ *M15 : « Si vous vous tapez que d'la cancéro ou des patients compliqués [...] il y aura pas de répit donc je vois pas comment on peut ne pas craquer quoi ou se désintéresser. »*

Cependant à l'heure actuelle il semble important de souligner que cette voie n'est pas choisie au vu d'un avantage financier valorisant mais probablement bien par vocation.

- ✓ *M1 : « Les jeunes à l'heure actuelle ne choisissent très certainement pas la médecine pour gagner de l'argent [...]. »*

La grande majorité des médecins ne se sentent pas soutenus et incompris par les autorités de santé, encore moins par l'Etat qui paraît décidé à entreprendre l'extinction de la médecine de ville comme on la connaît.

- ✓ *M14 : « Après les autorités politiques [...] ils le font peut être exprès hein et à mon avis ils veulent qu'il ait plus de médecin. »*
- ✓ *M12 : « [...] ça a pas l'air d'être leur préoccupation la santé d'une manière générale. »*

3.2 Le vécu du regard de l'autre

3.2.1 Reconnaissance par la société

La majorité des médecins se sentent estimés et respectés en tant que généraliste par la population.

- ✓ *M3 : « On a encore, je pense euh une estime de la pop.. d'une façon générale, de la population et, et une reconnaissance [...]. »*
- ✓ *M5 : « [...] je pense qu'on a quand même de très bonnes images dans la population. »*

D'autres rappellent l'image du médecin généraliste d'antan apprécié par la population et élevé au rang de notable, donnant l'impression que cette image partagée de tous à une époque s'estompe progressivement.

- ✓ *M2 : « [...] c'était quelqu'un qui était à la fois reconnu sur le plan euh professionnel, estimé par les patients [...]. »*
- ✓ *M4 : « [...] avant le médecin généraliste il était un peu, entre guillemets hein placé sur un piédestal, on le respectait [...]. »*

La crise sanitaire de la Covid a apporté un sentiment de soutien et de gratitude envers les médecins par la population qui a cependant été éphémère.

- ✓ M3 : « [...] avant qui ait le vaccin et après le confinement oui, il y avait de la reconnaissance, premier confinement avec les applaudissement [...]. »

3.2.2 Perdre l'image du médecin de famille

Malgré ce respect et cette appréciation du médecin généraliste par la population, son statut de médecin de famille s'estompe au fil du temps.

- ✓ M2 : « [...] qui n'a plus si tu veux cette, cette priorité, cette primauté euh à la fois de, du conseil, [...] on n'est même plus un conseiller on est simplement devenu des, des organisateurs de, de soin. »

Pendant la crise sanitaire le rôle de soignant du généraliste semble avoir été minimisé, à tel point que certains médecins ont eu l'impression d'avoir été négligés et mis à l'écart dans la démarche des soins par les autorités politiques.

- ✓ M3 : « Donc c'est vrai que pendant le premier confinement on était quand même assez coupé, on avait vraiment des soins minimaux. »
- ✓ M2 : « [...] c'est l'Etat qui a décidé de shunter et de, d'exonérer complètement les médecins généralistes [...] dès le départ de la pandémie on disait aux gens « n'allez pas voir votre médecin, allez aux urgences. »

Pour un médecin la notion de médecin de famille persiste en fonction de la zone géographique mais a globalement disparu du vocabulaire et de l'état d'esprit de la population.

- ✓ M7 : « [...] la notion de médecin de famille existe encore un peu dans les endroits où y a un exercice rural mais en ville [...]. »

3.2.3 Être délaissé

Il y a un sentiment d'abandon depuis déjà plusieurs années avec une dévalorisation du rôle du généraliste ainsi qu'une méconnaissance sur son quotidien de la part des administratifs.

- ✓ M9 : « *D'abord je pense qu'on est des variables d'ajustement, on est des pions [...] ils auraient des singes habillés avec le stéthoscopes autour du cou euh ça leur irait aussi bien (rires).* »
- ✓ M15 : « *Après l'administration bah c'est les administratifs (petits rires). Voilà, ils se rendent pas compte de ce qu'on fait j'pense.* »

Les formations réalisées dans le but de se perfectionner dans un domaine ne sont pas reconnues, ce qui renforce le sentiment de discrédit de son travail.

- ✓ M2 : « *[...] laisser au médecin traitant la possibilité de faire des DU ou des DIU et en lui empêchant de faire la même chose que le spécialiste alors qu'il a la compétence pour le faire [...].* »

D'autre part, il y a une absence d'écoute dans la hiérarchie amenant à un sentiment de mépris ressenti par beaucoup de médecin de la part des autorités compétentes.

- ✓ M3 : « *[...] est-ce que j'ai l'impression que les autorités prennent en compte notre avis pour nous accompagner au mieux, pas du tout.* »
- ✓ M14 : « *[...] on a vraiment l'impression qu'on est considéré comme, comme, comme rien quoi, et vraiment comme une merde.* »

Il y a également une dégradation de l'image renvoyée du quotidien du médecin ainsi que de sa fonction en prenant des raccourcis peu flatteurs sur le rôle qu'il peut jouer, similaire à un appendice dans le grand rouage médical.

- ✓ *M16 : « [...] quand j'entends que le généraliste il soigne des rhumes toute la journée euh, euh... »*

Le généraliste n'est plus celui qu'on écoute et perd son aura médicale de toute part bafouant de ce fait ses années d'étude.

- ✓ *M1 : « [...] notre avis ils s'en foutent royalement, ils s'imaginent qu'en ayant vu internet, euh ils ont fait le diagnostic [...]. »*
- ✓ *M2 : « [...] la prise en main par les familles ou par les patients eux-mêmes de leur décision thérapeutique euhh bafoue les 10 ans d'étude qu'un médecin traitant fait [...]. »*

Le fait est que le MG est remplaçable et qu'une fois sa carrière médicale achevée, il tombe vite dans l'oubli.

- ✓ *M5 : « Mon prédécesseur quand j'ai repris au bout de quelques temps, ils se rappelaient plus de son nom [...]. »*

3.2.4 Être désapprouvé

Certaines personnes assimilent les médecins à des paresseux et cette allusion paraît concerner plus les généralistes d'une manière générale.

- ✓ *M16 : « [...] les jeunes générations ont, ont pas envie de travailler ou moins envie de travailler que les générations précédentes [...]. »*

La difficulté d'accès aux soins n'a l'air d'être reprochée qu'aux MG sans tenir compte du fait que derrière n'importe quel médecin se trouve un Homme aspirant à vivre sa vie en parallèle de son travail.

- ✓ *M16 : « [...] les spécialistes aussi adaptent leur emploi du temps quoi hein, ils travaillent pas 7 jours sur 7, 24h sur 24 hein voilà. »*

Pour aller plus loin la société a l'air de percevoir le MG comme un privilégié insatiable.

- ✓ *M16 : « [...] les médecins dans l'esprit des gens sont des nantis [...] y a aucune notion du fait que les 25€ vont pas dans la poche du médecin directement [...]. »*

Certains médecins soulignent le peu de considération pécuniaire devant l'humiliation vécue par beaucoup des propositions faites concernant la revalorisation du statut financier.

- ✓ *M16 : « [...] quand les médecins demandent une consultation à 50,00€ et qu'ils.. qu'on répond une consultation à 26,50€, on peut difficilement se sentir considéré [...]. »*
- ✓ *M9 : « Quand il y a eu l'inflation, [...] ils nous ont majoré le déplacement à domicile. Le déplacement il était de 10€, ce qui est déjà pas lourd. Tu sais à combien ils l'ont mis ? A 10 virgule 04 ! »*

Rendant par ce fait risible le raisonnement mené par les institutions médicales et donnant le ton sur la considération qu'ils apportent aux acteurs de santé libéraux.

- ✓ *M9 : « [...] admettons que tu fasses 100 visites dans la semaine, tu as gagné 4 euros (éclats de rire). »*

A fortiori les médecins se sentent eux infantilisés et victimes de chantage de la part des administrations.

- ✓ *M14 : « [...] ils ont dit que s'ils nous augmentaient il fallait donner encore plus, ça veut dire donner encore plus, ça veut dire quoi ? »*

D'autant que l'image du généraliste paraît avoir été entachée avec les dernières revendications et mouvement de grève.

- ✓ *M13 : « [...] je sais que l'image en ce moment des médecins généralistes est un peu mise à mal avec la grève et le reste. »*

Parfois le généraliste se sent être le bouc émissaire de ce qui dysfonctionne dans la société.

- ✓ *M2 : « [...] les ARS, la sécu et l'Etat, tous ces organismes finalement, tape sur le médecin sans arrêt, en disant qu'il coûte cher, en disant qu'il est pas suffisamment rentable, qu'il est pas suffisamment pertinent [...]. »*

3.2.5 Changement de comportement des patients

Il y a une certaine ambivalence dans la façon dont le médecin généraliste est perçu par ses patients.

- ✓ *M9 : « Alors c'est schizophrène, c'est complètement schizophrène. »*

Un changement de comportement des patients vis-à-vis de leur médecin est remarqué au cours de l'évolution de la société et en fonction des événements la marquant. La manipulation, l'exigence, l'intolérance à la frustration sont les principaux états d'esprit relevés par les interrogés.

- ✓ *M14 : « [...] alors y a les patients euh « j'ai cotisé, j'ai dû », t'y es, t'y es obligé d'être corvéable à merci. »*
- ✓ *M3 : « [...] aujourd'hui les patients : « oui il me faut un rendez-vous ophtalmo c'est tard, il y a 6 mois d'attente, est ce que vous pouvez appeler ? bah non si y'a pas de raison médicale valable non. »*

Les médecins remarquent une scissure générationnelle avec un changement de perception de ce qu'est un MG qui est d'autant plus marqué avec la jeune génération. Perçu comme celui qui est utile pour remplir des demandes non médicales avant d'être celui qui dispense les soins.

- ✓ *M13 : « [...] y a ceux malheureusement qui nous voient comme un prestataire de service. »*

- ✓ *M8 : « [...] un distributeur d'ordonnance qui consulte que lorsqu'ils ont besoin, où on ne prend même pas la peine de, d'annuler son rendez-vous. »*

En plus d'un refus de frustration sur le tout tout de suite, l'attitude consumériste des patients est mis en lumière.

- ✓ *M9 : « Et puis à côté de ça, t'as des gens t'es vraiment le chien quoi (rire jaune). T'es là pour leur faire l'arrêt de travail, euh ils viennent avec leur liste de ce qu'ils veulent [...]. »*
- ✓ *M8 : « [...] j'ai l'impression qui a une ubérisation de la médecine. »*

Ce changement de comportement s'est acutisé depuis la crise sanitaire, révélant la nature revendicatrice de l'Homme et sa vulnérabilité.

- ✓ *M3 : « [...] on était dans l'exacerbation, dans la consommation de soins et « moi j'ai des droits ! » et voilà et, et pas de devoirs. »*
- ✓ *M9 : « [...] il y a beaucoup de gens qui sont euh, qui sont un peu, un peu plus inquiets, un peu plus anxieux, un peu plus dépressif tu vois. »*

L'estime pour les médecins communiquée pendant la crise s'est finalement dissipée rapidement mettant en exergue la duplicité des Hommes et l'évolution des mentalités vers des valeurs peu louables.

- ✓ *M3 : « [...] l'évolution de la société en général quoi, de consommation, d'individualisme, de manque d'altruisme et de conscience collective quoi. »*

Parfois le médecin doit faire face à l'ingratitude des patients et à la bipolarité du comportement de ce dernier.

- ✓ *M5 : « [...] des fois tu te donnes à fond pour des patients qui n'ont même pas de reconnaissance, rien, même qui t'engueulent ou qui t'envoient au conseil de l'Ordre [...]. »*

Certains médecins ressentent un jugement de la part des patients concernant leur train de vie.

- ✓ *M4 : « [...] y'en a qui pensent que les médecins maintenant ils foutent un peu plus rien et juste ils sont blindés et, et voilà ils veulent moins en faire. »*

Cette différence de considération se rapporte parfois à la spécialité du médecin et diffère en fonction de l'âge des patients.

- ✓ *M16 : « [...] la population la plus âgée et, et un peu plus je trouve admirative de la profession [...]. »*

Ce qui engage à devoir restaurer des bases saines dans la relation médecin-patient.

- ✓ *M1 : « Pour que la relation médecin patient soit saine, il faut qu'il y ait un respect mutuel avant tout et une confiance. »*

3.3 Être médecin généraliste : des ressentis complexes

3.3.1 Se sentir ingénu

Le nombre d'année d'étude en santé retarde certaines acquisitions sociales du fait de l'isolement pendant de nombreuses années, à l'abris du monde extérieur. Ce qui fait des médecins des ingénus à la fin de leurs études, apprenant les usages sociaux tardivement et se sentant par ce fait en décalage avec la société.

- ✓ M5 : « [...] pendant tes 10 ans d'étude tu es tellement pris que, que tu sais plus après comment gérer presque le quotidien [...] On est tellement dans notre tunnel. »

Ce qui en fait presque des proies faciles puisque candides à la fin de leurs études.

- ✓ M5 : « Alors comme en plus tu gagnes un peu des sous bah tu te fais souvent un peu avoir par le banquier, par les uns les autres [...]. »

3.3.2 Description de son métier

Être MG, c'est être un pilier central sur lequel tout le monde peut compter. C'est être au-devant de la scène et mener un orchestre du début jusqu'à la fin de la composition.

- ✓ M13 : « Euh c'est le médecin de premier et dernier recours quand le patient a fait le tour de tous les spécialistes parfois et qu'on ne trouve toujours pas ce qu'il a. »
- ✓ M14 : « [...] le plus important pour que le système de santé fonctionne, c'est que y ait des médecins. Et à la base de tout ça [...] le pivot c'est le médecin généraliste [...]. »

C'est pouvoir être polyvalent dans plusieurs domaines, savoir se débrouiller dans ces différentes spécialités et réorienter quand sa compétence est dépassée.

- ✓ M16 : « [...] du débrouillage et du tri dans les pathologies [...]. Et qui après fait tout ce qu'il est capable de faire et puis quand il est confronté à ses limites il passe la main. »

Le médecin généraliste est le médecin ayant une vision holistique du patient.

- ✓ M7 : « Tu vois un peu tout, tu vois pas qu'un appareil [...] en visite à domicile tu vois dans quel contexte ils vivent [...]. »

- ✓ M16 : « C'est riche d'enseignements médicaux mais aussi sociaux [...]. »

Il reste en éveil permanent professionnellement parlant.

- ✓ M12 : « C'est compliqué de s'mettre à jour mais ça reste hyper stimulant intellectuellement parlant. »

C'est la possibilité de diversifier sa pratique comme on l'entend et avoir l'impression d'avoir eu plusieurs vies professionnelles en une seule.

- ✓ M9 : « Pendant les premières années où j'étais installé, je faisais quand même des gardes de réanimation cardiaque [...]. »
- ✓ M11 : « [...] j'ai un certificat de gériatrie, j'ai un diplôme de santé publique et de médecine pénitentiaire. [...] j'ai fait une vingtaine de thèses, directeur de thèse [...]. »

C'est d'échapper à une routine et de ne pas risquer de s'ennuyer.

- ✓ M1 : « [...] c'est quand même une médecine qui n'est pas du tout monotone. »
- ✓ M6 : « [...] si je voyais tous les jours des enfants, si j'faisais tous les jours des colo... mais qu'est-ce que j'en aurais marre quoi au bout d'un moment. »

3.3.3 Être quelqu'un d'important pour ses patients

Le généraliste est le médecin ayant le privilège de voir évoluer les gens au cours de leur vie, ce qui en fait une figure principale avec laquelle un attachement se crée.

- ✓ M4 : « [...] c'est bien de suivre des familles, c'est trop génial de voir les enfants grandir de petits jusqu'à plus grands. »
- ✓ M6 : « [...] tu traverses des histoires de vie, tu accompagnes des histoires de vie [...]. »

Le médecin généraliste est souvent considéré comme un confident, détenteur des secrets personnels et de la santé, garantissant la préservation de l'intimité de ses patients.

- ✓ *M5 : « [...] c'est un médecin proche de ses patients, avec qui on peut discuter, avec qui on, on a des échanges un peu profonds. »*
- ✓ *M10 : « [...] ils venaient me voir pour des choses qui avaient très peu avoir avec la médecine, simplement pour me demander des conseils dans leur vie. »*

Avec le temps, les généralistes se rendent compte de la place qu'ils occupent dans la vie et dans les soins apportés à leurs patients et de la confiance qu'ils lui accordent.

- ✓ *M6 : « [...] l'avis de leur médecin généraliste est bien supérieur à l'avis de n'importe quel grand professeur de Paris ou de tout ce que tu veux. »*
- ✓ *M10 : « [...] je faisais partie intégrante de leur famille [...]. »*

3.3.4 Se sentir en difficulté

Cependant la pénurie de soignants atteint tous les médecins dans leur quotidien et impacte leur planning de consultation.

- ✓ *M16 : « [...] c'est très difficile de pas se laisser submerger par le nombre de patients qui ont besoin de nous. »*
- ✓ *M12 : « [...] j'avais tous les jours des demandes en plus de rajout, mais en fait je peux pas rajouter des gens jusqu'à minuit quoi. »*

Les étudiants en médecine subissent également les conséquences du manque de professionnel de santé durant leur étude palliant les besoins de l'hôpital.

- ✓ *M3 : « [...] quand t'étais étudiant bah tu remplaçais la, la, la, la pénurie de, de main d'œuvre. »*

- ✓ *M15 : « [...] la maltraitance des internes à l'hôpital où vous êtes des bouches trous [...] où on remplace le boulot de l'infirmière qui manque. »*

En plus de ses difficultés de démographie médicale, il existe une absence d'assistance et de fluidité dans les communications avec les administrations.

- ✓ *M15 : « [...] j'ai reçu une feuille euh qui est refusée parce [...] le total était bon mais il y avait une erreur de 0,04€ sur un acte voilà, fin tu vois c'est vraiment bête et méchant. »*

3.3.5 Avoir des valeurs

La principale qualité qui revenait souvent dans les entretiens était la valeur humaine qui unit les médecins à leur patient. La préservation de ce contact humain permet la préservation de notre humanité.

- ✓ *M5 : « Et surtout garder, garder le contact avec les gens quoi, que, que les, que les jeunes confrères ils gardent la foi en l'humain quoi. »*

La valeur humaine n'a pas de prix et il arrive parfois que la bienveillance amène à la charité.

- ✓ *M10 : Mon premier patient (petit rire), c'était un clochard, et je lui ai donné des sous pour qu'il aille acheter les médicaments. »*

Devoir garder le contact physique avec le patient est une nécessité à préserver pour beaucoup de médecins.

- ✓ *M11 : « Après le, le truc au téléphone moi je suis pas d'accord parce que les gens il faut les examiner, il faut les voir de visu. [...]. »*

3.3.6 Vécu des consultations

Les motifs de consultation étant variés et les consultations s'enchaînant, les médecins se retrouvent parfois en difficultés, mettant en avant le manque de

contrôle qu'ils ont sur l'observance des prescriptions et l'anxiété que cela génère par la suite.

- ✓ *M10 : « Donc y a beaucoup d'incertitude, y a beaucoup de gens fantaisistes aussi hein qui font des traitements mais qui arrêtent en route. »*

De plus, un médecin rappelle l'importance de pouvoir garder le contrôle du bon déroulement de la consultation tout en restant bienveillant.

- ✓ *M11 : « Je comprends que des fois ils sont énervés, [...], comme nous d'ailleurs je veux dire, et on est là pour les calmer justement [...]. »*

Il paraît également essentiel de savoir mettre des limites pour se protéger émotionnellement.

- ✓ *M5 : « [...] il faut quand même pas trop s'impliquer non plus dans la vie des gens. »*

Certains médecins redoutent les consultations avec certaines personnalités de patient.

- ✓ *M10 : « [...] il peut y avoir des craintes de temps en temps quand on rencontre un malade psychiatrique grave, on s'dit peut être que celui-là il est dangereux faut faire gaffe quoi [...] »*

L'expérience forge les connaissances et la confrontation à certaines situations aiguisent le jugement du MG.

- ✓ *M11 : « [...] en prison c'est, c'est, c'est bien parce qu'il y a beaucoup de manipulations tu vois. »*

Et de s'attacher à des maux cachés derrière des symptômes qui font du médecin généraliste un des interlocuteurs importants dans la prise en charge en santé.

- ✓ *M11 : « [...] je me suis planté plusieurs fois [...] surtout des enfants ou des gamines qui avaient mal au ventre en fait c'était des viols. »*

Certains rappellent que le métier n'est pas sans risque, pouvant mener à la cessation d'activité.

- ✓ *M5 : [...] le seul médecin qui avait à la cité X, qui s'est fait agresser d'une façon affreuse quoi, et pourtant c'était un géant le mec, 1m95, 120 kilos, [...], il a fermé le cabinet. »*

La peur de commettre une erreur médicale est partagée et redoutée de tous. Plus que l'erreur en elle-même, c'est le regard porté par les patients par la suite risquant de rompre le lien qui unit les deux partis.

- ✓ *M6 : « La plus grosse crainte c'est, c'est de, c'est de faillir face [...] à la confiance que te, que font tes patients euh en toi. »*

- ✓ *M10 : « Mais la crainte numéro un c'est l'erreur [...]. »*

A fortiori certains médecins redoutent la manière de consulter parfois avec le risque d'avoir un comportement inadapté malgré toute leur volonté de bien faire.

- ✓ *M9 : « [...] le poids du métier, le poids du stress dû à la fonction, bah t'as peur de faire une erreur médicale, t'as peur de pas bien avoir cadrer les gens, [...]. »*

3.3.7 Crainte des poursuites

La grande majorité des médecins appréhendent le risque médico-légal qui paralyse leur quotidien.

- ✓ *M5 : « [...] je l'ai toujours en tête le médico-légale. »*

- ✓ M2 : « [...] des risques de plainte de la part des gens ou des familles tout simplement parce que leur parent n'a pas été soigné comme ils l'auraient voulu [...]. »

Cette pression médico-légale pousse à la surconsommation d'examens complémentaires essayant d'éviter tout préjudice à autrui mais s'adonnant par ce fait à la pratique d'une médecine médiocre où le sens clinique est en perdition.

- ✓ M6 : « [...] quelqu'un qui prescrit 50 scanners dans la journée, ben il a moins de risque de se faire emmerder que quelqu'un qui va réfléchir. »

Ces craintes sont également liées à un changement des mentalités avec une société de plus en plus intransigeante et intolérante à l'erreur humaine.

- ✓ M9 : « [...] je trouve qu'il y a une partie de gens qui sont plus vindicatifs, tu vois, plus agressifs [...]. »

3.3.8 L'inquiétude des visites

Pour beaucoup de médecins les visites à domicile sont jugées chronophages et insuffisamment rémunérées.

- ✓ M9 : « Euh ça mange du temps. C'est compliqué, y faut aller.. tu vois pour te garer maintenant, pour euhhh ça prend du temps [...]. »
- ✓ M13 : « [...] c'est beaucoup plus long, avec l'infirmière libérale a appelé des fois, revoir les traitements, voir avec la famille voilà. »

D'autres aspects sont relevés notamment le fait d'une surcharge de travail croissante au cabinet devant l'effectif des médecins toujours moins important ainsi que le contact avec les familles parfois stressantes et demandant également un temps d'écoute.

- ✓ M2 : « [...]ça va engendrer (les déserts médicaux) donc un repli sur leur cabinet avec des consultations et une absence de visite [...]. »
- ✓ M5 : « [...] les familles aussi hein yyy, ils te font chier hein : Et pourquoi vous avez pas ... »

La faible attractivité des visites s'expliquent également par d'autres faits inhérents au mode d'exercice du praticien avec entre autres une adaptation « au travail à l'ancienne » en l'absence de vu sur le dossier médical extemporanée.

- ✓ M12 : « Après en tant que médecin remplaçant, on connaît pas bien les patients, rien que pour les adresses on connaît pas bien[...] j'ai l'impression de pas forcément être au top, fin d'être optimal pour eux. »

Cependant les médecins arrivent encore à être conciliants et à s'adapter en fonction des situations qui se présentent à eux.

- ✓ M5 : « Après euh quand il y a une sortie d'hôpital ou quoi, je dis pas que je fais 0 visite [...]. »

D'autres médecins se rendent compte que le déplacement au domicile du patient est souvent demandé de façon abusive, pour le confort de certains d'entre eux.

- ✓ M5 : « [...] quand tu as des personnes âgées qui te disent « je vais chez le cardiologue », « je vais chez le pneumologue », « je vais chez l'endocrinologue », mais que toi ils te font venir [...]. »

3.3.9 Perdre sa liberté

Parmi les différentes restrictions ressenties dans l'exercice de la médecine, 3 sont mises à l'honneur.

La première étant la perte de liberté d'honoraire avec un sentiment d'asservissement et de volonté de supprimer la liberté du libéral :

- ✓ M2 : « [...] on parle bien souvent de, du, de plus donner la rémunération à l'acte mais de faire en sorte que le médecin ait un salaire euuh donné par l'Etat. »
- ✓ M4 : « [...] c'est toujours basé sur des objectifs où ils essaient d'attirer par des financements [...]. »

Deuxièmement la liberté d'exercice risque d'être supprimée à l'avenir, redouté par les médecins qui deviendront dépendant des administrations, à la fois sur la zone géographique d'installation et la manière d'exercer au cabinet.

- ✓ M4 : « Je pense qu'il y a des médecins qui vont être obligés de s'installer là où ils veulent pas. Et qu'après y aura peut-être des contraintes aussi d'horaires. »
- ✓ M5 : « [...] ils voudront savoir tes horaires, de plus en plus ils veulent nous mettre dans les cases des CPTS et ci et là, donc on sera plus libéral. »

Troisièmement la perte de la liberté de prescription dont la connaissance est acquise au fur et à mesure des études et de la pratique. Ce qui donne au médecin le sentiment d'être rabaissé intellectuellement et inapte à donner des soins qu'il est censément en mesure d'apporter.

- ✓ M2 : « On a plus le droit de prescrire des aérosols, ils sont plus remboursés sauf si c'est prescrit par un pneumologue. »
- ✓ M9 : « [...] tu peux plus faire c'que tu veux, tu peux pas donner les médicaments que tu veux comme tu veux [...]. »

Avec une idée générale de soumettre le médecin généraliste par des décisions prises plus haut dans la hiérarchie sans qu'il ait son mot à dire en le dépossédant de son rôle de décisionnaire en santé.

- ✓ *M15 : « [...] le fait d'adhérer à une CPTS [...] ça lui donne une obligation d'accepter tout ce qui est décidé là au niveau national... »*
- ✓ *M2 : « Donc il y a tout un système qui se crée, euh qui est toujours là pour shunter le médecin traitant, donc les ARS dans les EHPAD qui vont imposer leur façon de voir [...]. »*

3.3.10 Perdre l'essence de sa fonction

Les médecins déplorent ne plus être la figure principale d'autorité en matière médicale.

- ✓ *M2 : « [...] c'est la perte hiérarchique et la perte du pouvoir médical du médecin. C'est à dire que le médecin n'est devenu qu'un consultant [...]. Donc on est devenu des prescripteurs de paraclinique. »*

En outre un médecin regrette de constater que les généralistes ont globalement diminué d'eux-mêmes certains champs d'action relevant initialement de leur compétence.

- ✓ *M15 : « Parce qu'on s'est un peu désinvesti de ça, la plupart des médecins ne font plus de sutures, ne font plus de, font plus rien quoi fin en terme de technique [...]. »*

Le risque redouté étant d'arriver à une médecine dénuée de contact et d'empathie, en destituant le rôle du généraliste et perte du lien avec le patient.

- ✓ *M2 : « [...] l'avenir d'une médecine purement administrative, c'est à dire on prend la tension, on prend la température etcetera et on rentre des valeurs, des valeurs de, d'examen clinique mais également de, d'interrogatoire dans des, des algorithmes qui seront faits au départ par*

des médecins avec l'aide des informaticiens et avec lequel sortira quelques, quelques diagnostics pertinents [...]. »

Selon beaucoup de médecins, le généraliste devient de plus en plus un acteur de santé optionnel et se fait déposséder de ses attributions médicales relevant de son expertise au profit d'acteurs paramédicaux.

- ✓ *M2 : « [...] l'État diminue l'activité et le champ d'activité pour des raisons euh au départ de manque de médecins en confiant des actes qui étaient auparavant exclusivement réalisés par des médecins [...]. »*
- ✓ *M11 : « [...] le pharmacien il vaccine, il fait des tests, il fait plein de choses, le laboratoire aussi et ça nous squeeze complètement. »*

3.3.11 Inquiétude de fin de carrière

La fin de carrière est souvent attendue avec impatience pour la plupart des médecins, la retraite étant ressentie comme un soulagement.

- ✓ *M7 : « Bohh pfff j'suis pas mécontent d'arriver à la retraite (rires) et d'me, et d'me sortir de ce système qui part en live. »*

Paradoxalement il y a une crainte palpable concernant le revenu attendu par la suite estimé insuffisant et craignant de ce fait une qualité de vie médiocre.

- ✓ *M5 : « Et encore une retraite de misère par rapport à, à ce que tu vas voir, ce que tu vas payer tous les mois [...]. »*
- ✓ *M14 : « : Moi j'ai calculé ma retraite ça fait pleurer hein. »*

D'autres médecins expriment une certaine nostalgie d'avoir dû arrêter de travailler.

- ✓ *M11 : « [...] ils m'ont foutu à la porte de l'hôpital donc sinon j'aurais continué. »*

3.4 Des choix à faire pour sa propre pratique

3.4.1 Faire des choix de carrière

Chaque médecin s'est orienté vers la médecine générale pour différentes raisons. Il y a tout d'abord la vocation familiale suivant les traces de leurs aïeux.

- ✓ M2 : « [...] ma famille était des médecins généralistes [...] je me destinais tout naturellement à la médecine générale. »
- ✓ M6 : « Je suis d'une famille où on est médecin depuis euh 1515 (rires). »

Parfois le parcours amenant à la spécialisation en médecine générale ne dépend pas d'un souhait mais d'une nécessité concernant sa vie privée.

- ✓ M7 : « [...] mon fils est arrivé il fallait.. que je travaille plus vite donc bon bah j'ai abandonné l'internat pour m'installer. »

Certains confessent de pas avoir eu le choix de par l'examen national classant.

- ✓ M12 : « [...] j'avais pas trop le choix mais t'façon euh avec mon classement [...]. »

D'autres admettent volontiers que les années de formation les plus courtes ont été choisi pour minimiser l'effort ayant déjà des vies de famille ou lassés des années de formation.

- ✓ M11 : « Donc moi j'en avais marre de faire des études et puis bon en internat j'étais déjà marié, j'avais déjà 2 gosses [...]. »

Parfois se retrouver à faire médecine n'est pas son premier choix, certains tentent leur chance au risque d'y arriver.

- ✓ *M9 : « Comme j'étais pas assez bon pour soigner les chiens euh j'ai fait médecine pour soigner les vieux cochons, les vieilles poules et les vieux renards (rires). »*

3.4.2 Avoir évoluer et s'adapter

Le manque de cadre dans les prises de décisions thérapeutiques dont l'absence de recommandations officielles à une époque et l'impression d'être lâché dans la nature face à d'innombrables situations inconnues font que les médecins d'aujourd'hui peuvent garantir la progression exponentielle de la médecine de ville.

- ✓ *M6 : « [...] il y avait aucune recommandation HAS hein du tout. Donc on faisait des trucs euh mais on savait pas du tout ce qu'on faisait quoi. »*

Au fil du temps la profession tout entière s'est structurée et à gagner en efficacité.

- ✓ *M6 : « [...] le SAMU, le centre 15, les référentiels, les recommandations HAS, euhh tout ça qui ont fait que ben quand même, là on se sentait quand même plus, plus épaulé et, et plus, plus costaud. »*

3.4.3 Se former

Beaucoup de médecins en âge de la retraite affirment que la formation des MG à évoluer de façon grandiose. A l'époque ils ne se cachent pas d'avoir eu quelques lacunes aux prémices de leur installation, la formation médicale n'étant pas adaptée à leur exercice en cabinet puisque principalement hospitalière.

- ✓ *M6 : « [...] sans quasiment aucun remplacement ben je me retrouvais en 7^{ème} année euh, euh ben médecin direct [...]. »*
- ✓ *M5 : « On savait PAS du tout ce que c'était que la médecine générale. On se retrouvait avec des pathologies qu'on avait jamais vu [...]. »*

La formation s'est étoffée au fil du temps et a permis d'arriver à des jeunes médecins mieux préparés à la médecine générale.

- ✓ M6 : « *C'est à dire votre génération franchement elle est compétente. »*
- ✓ M11 : « *[...] au niveau de la formation, je pense que vous êtes super bien formé [...]. »*

Ceci étant dit selon un médecin la formation aurait du mérite à être plus axée sur l'humain que sur les maladies afin d'aiguiser nos facultés relationnelles.

- ✓ M11 : « *[...] c'est pas que des maladies qu'on soigne [...] c'est des personnes [...]. »*

La possibilité de se former davantage dans d'autres spécialités en fonction de ses préférences en fait une spécialité attractive et riche d'enseignements.

- ✓ M13 : « *Euh on a accès à pas mal de, de formations en plus à côté maintenant, honnêtement je vais peut-être faire un DU des soins palliatifs moi. »*

La formation continue est essentielle, elle passe par un temps d'échange et d'entraide entre généraliste et spécialistes. Ces moments de formation allient partage et devoir professionnel.

- ✓ M5 : « *En fait, je fais partie d'un groupe de pairs, de médecin où on se voit une fois par mois, une soirée par mois. Euh où on invite un spécialiste, on est une vingtaine de généralistes, [...]. »*
- ✓ M11 : « *[...] j'ai fait des groupes de pairs, [...] ça nous faisait nous questionner « tiens pourquoi t'as fait ça ? pourquoi t'as pas fait ça ? », donc ça nous permet d'avancer et de nous conforter [...]. »*

La formation continue d'un médecin est donc sans fin et l'expérience acquise au cours des années renforce son savoir-faire.

- ✓ M6 : « [...] c'est une profession qui évolue en permanence et donc, tu dois te tenir au courant et dans toutes les spécialités. »
- ✓ M11 : « [...] au bout de 5 ans normalement tu dois être à l'aise à peu près sur les pathologies, après tout ce qui est psy, relationnel ça c'est plus long à venir [...]. »

3.4.4 Charge et temps de travail

A une époque, travailler beaucoup était une norme.

- ✓ M1 : « [...] moi je suis d'une génération où on faisait tout pour la médecine euh on nous appelé à 2h du matin, on était toujours disponible euh. »
- ✓ M10 : « Oh oui, oui, oui on travaillait tous les jours. Le samedi on travaillait jusqu'à midi [...]. »

Au point de s'oublier et de mettre sa vie de côté.

- ✓ M1 : « On, on pouvait pas forcément profiter de notre propre famille. »
- ✓ M11 : « [...] vie sociale j'en avais pas trop [...]. »

La féminisation de la profession est assimilée à un effet booster dans la diminution de l'implication temporelle du médecin au travail.

- ✓ M2 : « Cette démocratisation féminine a permis ... aux hommes également de suivre ce modèle et de diminuer les gardes [...]. »
- ✓ M9 : « [...] à la fois les femmes et puis les jeunes qui s'installent veulent plus faire ce que nous on faisait avant... »

Certains jeunes médecins souhaitent organiser leur temps de travail en fonction de leur vie familiale.

- ✓ M4 : « [...] quand y aura le bébé ça sera différent. Je vais devoir réadapter les horaires euh, je vais essayer de travailler autant mais différemment. »

Mais malgré la possibilité de moduler son emploi du temps à sa convenance, certains médecins pensent dédier trop de temps à la médecine.

- ✓ *M3 : « [...] il y a quand même beaucoup, beaucoup de temps et peut-être trop de temps dédié à la médecine. »*
- ✓ *M4 : « [...] on pense toujours au cabinet, y'a toujours quelque chose à gérer pour le cabinet[...]. »*

Ce dévouement au travail paraît être une règle pour certains.

- ✓ *M14 : « Moi les patients je les porte à bout de bras. [...] je fais tout, je leur organise tout, je les rappelle pour être sûr qu'ils y aillent [...]. »*

Le fait d'avoir un statut de remplaçant n'est parfois pas plus aisé pour concilier travail, famille et loisirs.

- ✓ *M16 : « [...] quand je remplace plein pot ma vie personnelle, elle est un peu mise de côté [...]. »*
- ✓ *M8 : « [...] je donne tout au rempla, y a pas un moment où je fais du sport, où je vais au ciné, où je vais au resto [...]. »*

Certains médecins décrivent leur incapacité à fixer des limites et à ne pas se laisser envahir par leur patientèle.

- ✓ *M5 : « [...] ils avaient mon portable, et, et ils ont abusé voilà, ils ont abusé. Je me suis fait bouffer en gros hein. »*

D'autres arrivent tant bien que mal à se défaire du poids de l'exercice.

- ✓ *M13 : « [...] je me dis que quand j'ai quitté le cabinet, j'ai quitté le cabinet. »*

Une pression de travail est exercée sur les MG par les tutelles risquant de rendre la charge mentale lourde à gérer.

- ✓ *M5 : « [...] ils nous mettent une pression terrible. En fait ils veulent qu'on travaille plus, qu'on, qu'on ait plus de patients mais je, je sais pas comment. »*

3.4.5 Vouloir lever le pied

Beaucoup de raisons peuvent amener un libéral à vouloir travailler moins, parmi lesquelles la santé qui peut rythmer le temps de travail d'un médecin durant sa carrière.

- ✓ *M9 : « [...] j'ai eu un petit problème de santé aussi, c'est pour ça que j'ai réduit hein. »*

Une autre fait partie de l'évolution sociétale faisant que la mentalité des jeunes diplômés tend vers l'idée d'une médecine plus cadencée ne voulant plus être corvéable à merci et désirant profiter de leur vie privée.

- ✓ *M2 : « Le sacerdoce n'existe plus de médecin. »*
- ✓ *M9 : « [...] on arrivera plus je pense à faire travailler les médecins marche ou crève comme on l'a fait jusqu'à présent, c'est fini ça [...]. »*

Travailler sans contrainte d'horaire, être libre d'organiser ses journées de travail selon ses obligations, ce sont les aspirations des jeunes médecins.

- ✓ *M12 : « [...] j'peux vraiment organiser mon temps comme je veux, si j'ai envie de faire des grosses journées j'fais des grosses journées ou des petites. »*

Certains médecins mettent en garde contre le tourbillon de la vie professionnelle qui peut prendre trop de place, à tel point que quelques-uns considèrent que leur travail a été la cause de l'effondrement familial.

- ✓ M5 : « [...] y a pas que la médecine dans la vie hein parce que sinon tu deviens marteau. »
- ✓ M11 : « Alors ça m'a couté quand même un divorce (rires) [...] j'étais pas souvent là quoi. »

3.4.6 Avoir le temps de vivre

Les nouvelles générations diminuent consciemment leur activité professionnelle afin de concilier convenablement leur temps de travail avec leur vie privée.

- ✓ M16 : « : [...] je travaillais euh du coup 4 jours par semaine [...]. »

- ✓ M13 : « [...] le week-end on ne travaille plus avec mon associé. »

Certains médecins s'accordent à dire qu'ils ont quand même réussi à avoir une vie de famille satisfaisante et avoir su en profiter à leur manière.

- ✓ M9 : « J'hésitais pas par exemple à, à fermer une après-midi, à prendre des vacances [...]. »

- ✓ M6 : « [...] si on voulait prendre 2 mois on partait 2 mois, si on voulait partir 6 mois on partait 6 mois. »

3.4.7 Travailler avec ses moyens

Le manque considérable de spécialistes que cela soit en ville ou à la montagne fait que les médecins n'ont pas le choix que de devenir omnicoopétant, se sentant parfois dépassés par la diversité des tâches qu'ils leur incombent.

- ✓ M8 : « [...] on a un métier tellement large que il en devient vraiment très difficile aussi [...]. »

- ✓ M3 : « [...] notre champ de compétence s'élargit de jour en jour [...]. »

Les temps font que le MG a un choix binaire à faire pour certaines prises en charge de patient. Les conditions actuelles d'adressage au spécialiste sont de plus en plus compliquées et sont parfois à l'origine d'une perte de temps

- ✓ M5 : « [...] en fait maintenant c'est binaire : soit c'est urgent et tu envoies aux urgences et si c'est pas urgent et ben ils attendent 3-4 mois, voilà. »
- ✓ M9 : « [...] faut appeler ça, ça te fait perdre du temps. »

La solitude reste présente concernant les prises en charge face à la déchéance du système de soins.

- ✓ M3 : « [...] c'est ultra stressant puisqu'on a l'impression des fois de se retrouver à être chef d'orchestre en tant que généraliste mais sans musicien quoi. »

Une des qualités du généraliste est donc de savoir temporiser certaines prises en charge afin d'éviter une surmédicalisation, c'est le gestionnaire de l'incertitude.

- ✓ M10 : « Si on allait jusqu'au bout des examens à chaque fois déjà on aurait un trou d'la sécu qui s'rait énorme. [...]. »

3.4.8 Changer d'activité

Certains médecins envisagent de départager leur temps de travail de médecin avec leur passion et donc de s'ouvrir à d'autres horizons professionnellement parlant.

- ✓ M4 : « [...] j'aimerais faire la formation de moniteur de ski de fond. »

L'exercice per annuel et pérenne du métier de MG n'est plus aussi séduisant pour certains en début de carrière. Ils éprouvent une certaine réserve à penser poursuivre leur activité toute leur vie jusqu'à réfléchir à une

potentielle réorientation professionnelle. Cette réflexion est largement appuyée par l'incertitude du devenir du métier.

- ✓ *M4 : « Mais après la médecine générale jusqu'au bout euh j'sais pas, ça dépend comment ça évolue. »*
- ✓ *M8 : « [...] gros questionnements ces derniers temps. Avec peut-être même des fois des projets de reconversion [...]. »*

D'autres réflexions mènent à la pratique d'une forme de médecine plus attractive et moins contraignante, conférant certains avantages que la médecine de ville n'offrent pas.

- ✓ *M12 : « [...] y en a beaucoup qui font genre de la permanence de soins, des choses comme ça [...] qui font de la médecine générale salariée. [...]. »*

Ou en orientant simplement sa pratique vers une spécialité.

- ✓ *M12 : « [...] y font la médecine du sport, y en a.. la médecine esthétique. »*

Et parfois les médecins regrettent leur choix de carrière, ayant eu l'opportunité de diversifier leur carrière professionnelle ailleurs mais revenant in fine à la médecine de ville.

- ✓ *M14 : « [...] je suis partie travailler dans l'industrie pharmaceutique mais j'ai pas tenu un an parce que la médecine me manquait et c'est là que j'ai fait la grosse.. connerie de ma vie (rires).»*

En somme, la médecine générale semble parfois trop vaste, ce qui permet aux généralistes en fonction de leur attrait pour une discipline d'orienter leur pratique en cabinet.

- ✓ *M12 : « [...] je pense qu'on a tous fait de la médecine générale pour faire un truc général mais au fond on a chacun un peu nos sensibilités. »*

3.4.9 S'organiser au cabinet

L'organisation d'un cabinet peut s'avérer parfois compliqué, surtout lorsque le médecin est envahi de demandes inutiles.

- ✓ *M9 : « [...] on a beaucoup comme ça de papiers, de documents euh, qui, qui devraient pas nous regarder [...]. »*

D'où le fait que beaucoup de médecin arrivent à trouver un équilibre en filtrant les demandes des patients grâce à un secrétariat permettant de faire tampon entre le médecin et ses patients.

- ✓ *M11 : « [...] le contact quand même avec la secrétaire c'est un bon barrage. »*

Les choix concernant son secrétariat se font par praticité et en fonction des besoins de chaque médecin.

- ✓ *M13 : « [...] nous on a pris un secrétariat délocalisé bah parce que en soit elles font 8h-19h, que si y a un arrêt maladie ben c'est pas grave elles sont 10 [...]. »*

Malgré le fait qu'il y ait un coût jugé important, il faut savoir peser le pour et le contre de ce service.

- ✓ *M5 : « Voilà la secrétaire ça coûte une blinde quoi. Mais ça me permet de, de travailler plus confortablement voilà... »*

3.4.10 S'organiser au travail

L'équilibre à trouver au travail paraît fondamental pour pouvoir tenir dans la durée.

- ✓ *M3 : « Non l'idée c'est quand même de trouver un rythme qui soit pérenne dans le temps [...]. »*

Pour l'instant, l'indépendance de la MeG fait que l'organisation des journées et de son temps de travail est à la convenance du MG.

- ✓ M9 : « : [...] tu organises tes horaires comme tu veux, [...], tu peux prendre tes vacances tu peux euh, tu peux fermer [...]. »
- ✓ M3 : « [...] c'est cette indépendance qui permet encore un petit peu aujourd'hui de pratiquer une médecine qui est libre mais jusqu'à quand. »

La structure de la consultation est également importante en fixant des limites aux patients pour ne pas se faire déborder.

- ✓ M11 : « [...] la consultation c'est 1/4 d'heure point final, si ils ont autre chose à faire, [...] ils reviennent la semaine d'après c'est tout. »

Il existe une dualité entre vouloir bien soigner et avoir un confort de vie.

- ✓ M9 : « [...] le fait de, de vouloir un peu te préserver un peu de temps pour toi et de resserrer un peu tes horaires, dans une certaine forme tu te sens des fois un peu maltraitant, t'es allé un peu vite [...]. »
- ✓ M3 : « Beh si on travaille à 150% toute une carrière, on explose quoi. »

Les médecins s'adaptent et arrivent à intégrer la charge administrative dans leur routine quotidienne.

- ✓ M4 : « Pour faire des papiers, pour appeler les patients qu'il faut rappeler, pour ranger les bio, pour ranger les courriers, pour gérer tout ce qu'il y a à gérer au cab. »

Ils y sont obligés car pour certains déléguer ces tâches ne seraient pas rentables.

- ✓ M4 : « [...] quelqu'un qui gère tout cet administratif mais après faut le payer [...]. ».
- ✓ M5 : « [...] si pour avoir plus de patients, il faut encore payer une secrétaire en plus ou un assistant médical de plus, on travaille pour payer. »

Quelques participants culpabilisent encore de ne pas être présents au cabinet et trouvent parfois des alternatives pour permettre une permanence des soins.

- ✓ M2 : « [...] dans l'esprit du médecin le fait que : si je m'en vais, les, les patients n'auront pas de médecins... »
- ✓ M13 : « [...] j'essaie de laisser le cabinet ouvert avec une remplaçante voilà, pour qu'il y ait quand même quelqu'un l'après-midi [...]. »

La manière d'exercer son art est propre à chaque médecin qui demande à pouvoir la préserver.

- ✓ M13 : « [...] il faut pas qu'on fasse euh, euh comment dire.. d'la médecine à la chaîne [...] après les patients chroniques ils auront plus personne vers qui s'tourner. »

3.5 Des champs d'action à explorer

3.5.1 Médecin généraliste : garant de la prise en charge médicale

Les MG revendiquent de pouvoir rester les seuls responsables des décisions médicales qu'il peut prendre pour ses patients grâce à sa formation médicale et ne pas se sentir contesté en permanence.

- ✓ M1 : « Sans compter la sécurité sociale [...] ils viennent vous faire des leçons au cabinet, à savoir comment on donne les antibiotiques ou comment on donne les psychotropes. »

- ✓ M2 : « [...] il faut que le médecin reste seul maître de la prescription et de, de l'explication [...] de la démarche diagnostique et de la démarche thérapeutique en collaboration avec les spécialistes [...]. »

Afin d'éviter une congestion dans les prises en charge de chaque patient, l'idée de retrouver un peu de poids dans les décisions médicales.

- ✓ M6 : « [...] nous aussi on participe à, à cet, à cet engorgement du, du, du, du système hein et peut être qu'il faudrait que là-dessus euh ben le médecin généraliste prenne encore plus d'ascendant sur les spécialistes. »

Il y a une volonté partagée avec les médecins de la sécurité sociale que de rester le principal interlocuteur dans la prise en charge pour centraliser les informations médicales.

- ✓ M5 : « [...] ça nous arrange (la sécurité sociale) qui est qu'un interlocuteur [...]. »

Certains estiment qu'il faudrait canaliser la prise en charge en limitant le nomadisme médical qui ne fait que compromettre la confiance et la relation du patient au médecin en augmentant les dépenses de santé.

- ✓ M2 : « [...] donc ils consomment de la médecine [...]. »

Pour un participant l'avance des frais d'une consultation constitue une barrière d'accès aux soins, ce qui ne devrait pas être un barrage en santé.

M11 : « [...] le médecin généraliste c'est la première porte d'entrée dans le système de soins [...] Donc il faut pas qu'il y ait si tu veux de problème d'argent. »

Ce qui prime c'est la nécessité de rester le coordinateur des soins afin de ne pas perdre de vue l'objectif principal étant la santé des patients au risque de dégrader la qualité des soins dispensés.

- ✓ *M11 : « [...] il faut quand même qui ait quelqu'un qui est la responsabilité de la santé des gens. [...] on veut nous l'enlever, on veut la diluer et je suis pas d'accord, je pense que les gens seront moins bien soignés [...]. »*

3.5.2 Pour et contre la délégation des tâches

La délégation de tâches médicales ne fait pas consensus. La diminution des champs d'action du généraliste va aboutir selon l'un d'entre eux à la baisse de sa compétence.

- ✓ *M9 : « [...] ça va rendre les médecins mauvais, [...] y a un vieux proverbe qui dit « la valeur d'un médecin est proportionnelle au carré du nombre de malades qu'il examine. »*

La centralisation des informations concernant l'état de santé des gens risque d'être compromise, les données seront dispatchées ou se perdront ainsi que les attributions du médecin lui-même.

- ✓ *M9 : « [...] on est en train de mettre des espèces de passerelle un peu partout et tu sais plus qui fait quoi. »*
- ✓ *M11 : « [...] n'importe qui peut vacciner [...] Ce qui fait que nous quand on voit les gens on sait pas s'ils sont vaccinés [...]. »*

La crainte de beaucoup de médecin est de rompre le lien créé pendant les consultations catégorisée « de simples », risquant de rendre le généraliste tel un approbateur de soin en aval et d'assister à la décadence de son rôle.

- ✓ *M6 : « [...] toutes ces petites consultations qui ont l'air de rien, c'est des, tous des moments où tu crées du lien avec tes patients. »*

- ✓ *M15 : « Vous allez être des sous-fifres d'une administration, vous serez là pour valider ou partager des responsabilités pour des actes que vous aurez pas décidé. »*

Le bien-fondé de ce projet paraît néanmoins délicat en pratique devant le risque d'une explosion des dépenses de santé.

- ✓ *M15 : « [...] ça va créer une surconsommation d'examens complémentaires, d'actes complémentaires, d'avis spécialisées qui seront inutiles. »*

Cependant d'autres n'y sont pas formellement opposés et cette délégation peut s'envisager sous certaines conditions.

- ✓ *15 : « Après j'trouve que c'est une très bonne idée les IPA mais pas euh, pas, pas comme ça, pas le droit de prescription, de primo prescription, de primo accès. »*
- ✓ *M6 : « [...] tu vas en faire la moitié moins, bon techniquement c'est tout à fait envisageable [...] je pense qu'il y aura pas plus de mort. »*

Finalement, ces réformes sur la délégation de tâche ne sont que le formatage officiel d'un fonctionnement déjà existant entre professionnels et qui convient parfaitement du fait que chacun garde ses responsabilités vis-à-vis du patient.

- ✓ *M15 : « [...] la délégation, la relation avec les autres professionnels de santé elle existe déjà, elle est pas formalisée c'est tout. »*
- ✓ *M15 : « [...] ça fonctionne très bien mais sauf qu'il y a pas de contrat entre nous.. chacun est responsable des actes qu'il fait. »*

Un autre problème soulevé est la banalisation de la prescription dont l'automédication en est la première illustration. Cette automédication qui est encouragée en pharmacie selon ce témoignage.

- ✓ M2 : « [...] le type il demande un Ibuprofène pour son épouse, on lui dit boîte de 8 ou boîte de 12 [...] Et il a même demandé du monuril pour sa femme alors qu'il n'avait aucune prescription. »

Certains médecins considèrent qu'il y a un raisonnement par l'absurde où l'on va prolonger les années de formation d'un MG en le déchargeant de certaines compétences que l'on va donner à un corps de métier moins formé.

- ✓ M15 : « [...] vous êtes pas assez compétent donc on vous rajoute un an de plus, [...] par contre on va donner des compétences à une infirmière qui aura 3 ans de formation. »
- ✓ M9 : « [...] on va enlever une partie du travail du médecin on va le répartir ailleurs pour que le médecin soit pas surchargé. C'est un faux problème, c'est dangereux [...]. »

La crainte qui raisonne parmi le corps médical est celle de la disparition de la médecine générale.

- ✓ M2 : « [...] le risque c'est sa disparition et qu'il n'y ait plus de médecine générale mais qu'il n'y ait que des médecines de spécialité. »

3.5.3 Education du patient au système de soin

Il paraît y avoir également une nécessité d'apprendre aux patients ce qu'est une véritable urgence et relève d'une consultation aux urgences malgré la difficulté reconnue de cette idée.

- ✓ M11 : « Maintenant si tu veux les gens dès qu'ils ont un truc de travers, ils vont aux urgences. »
- ✓ M13 : « Euh les urgences débordées par exemple euh je pense que il faut vraiment rappeler aux gens ce qui est une véritable urgence ou non [...]. »

En dépit du fait que même avec un courrier d'adressage confortant les patients sur le degré d'urgence, ils agissent au mépris des conseils.

✓ M11 : « [...] t'as beau faire un mot pour les urgences, ils s'en foutent ils font trainer aussi. »

Par ailleurs, certains médecins estiment que l'orientation vers telles ou telles structures par le patient lui-même est parfois réfléchie dans un souci pécunier.

✓ M13 : « [...] y en a des fois qui refusent (d'aller consulter les maisons médicales d'urgence) et qui donc vont attendre des heures alors que ça relève pas de l'urgence. »

Pour un médecin le sans rendez-vous permet de faire comprendre au patient l'importance des priorités dans ses demandes.

✓ M9 : « [...] quand t'y a du monde, les gens le voient, ils s'appesantissent moins tu vois, tu vas plus à l'essentiel [...]. »

Une solution émise avec des retombées financières pour le patient émerge afin de diminuer les consultations stériles et la compulsion abusive de certains à consulter pour éviter une surconsommation des soins et ainsi diminuer les dépenses de santé.

✓ M2 : « [...] de faire en sorte que n'est remboursé que la consultation du médecin traitant, sauf urgence, sauf déplacement hors de sa circonscription [...]. »

L'idée soumise concernant les suivis chez le spécialiste serait de mieux distribuer l'effort médical, de revoir les modalités d'adressage afin de ne pas surmédicaliser les patients à partir d'un certain âge en fonction du contexte.

- ✓ *M6 : « [...] on pourrait se poser des questions savoir pourquoi à 90 ans on continue à voir le cardio tous les ans [...] alors que l'état est stable depuis 20 ans quoi. »*
- ✓ *M6 : « [...] la prise en charge d'un diabétique qui est coronarien, qui est BPCO [...], le parcours de soins d'un type comme ça mais c'est monstrueux quoi. Il passe son temps à faire des examens quoi. [...]. »*

Pour finir, il y a un problème de mentalité avec une feignantise grandissante de la population dans les demandes auprès du médecin qu'il faudrait arriver à corriger.

- ✓ *M4 : « [...] tous ces gens qui, qui aussi veulent pas trop se déplacer, pas prendre rendez-vous en consultation et qui demandent plein de choses par téléphone. »*

3.5.4 Organisation des soins entre médecins généralistes d'un même territoire

A l'époque un médecin rappelle que le corps médical n'était pas uni, c'était une époque de rivalité et où sa place en tant que médecin généraliste était dure à gagner.

- ✓ *M6 : « Très, très mal accueilli par les confrères qui ont tout fait pour pas qu'on prenne de garde, pour pas qu'on puisse rentrer chez les pompiers. »*

Parfois encore dans certaines situations l'esprit individualiste divise le corps médical.

- ✓ *M7 : « Les médecins sont très individualistes hein. [...] on est pas assez unis. »*

Certains médecins préfèrent encore travailler seul et ne rendre de compte à personne.

- ✓ M5 : « [...] je supportais pas l'hôpital, la hiérarchie [...] là j'étais seul maître à bord [...]. »
- ✓ M9 : « Pas de secrétariat, je travaille tout seul. »

Initialement très solitaires, ils se regroupent cependant de plus en plus au sein de structure médicale ou travaillant simplement en réseau, ce qui leur permet de trouver un rythme de travail convenable.

- ✓ M10 : « [...] après on s'est associé, on s'est mis à plusieurs médecins, on est arrivé jusqu'à 4 médecins dans le cabinet [...]. »
- ✓ M11 : « [...] on est un paquet si tu veux hein, on est 8 hein 9. »

Ces structures avec regroupement de médecins permettent d'organiser et d'assurer la permanence des soins.

- ✓ M6 : « Bah les gardes, on en fait dans le tableau de garde local, toute la nuit [...] une nuit ou deux par semaine [...]. »

Cette évolution des conditions de travail va modifier le rapport que les patients ont avec leur médecin.

- ✓ M7 : « Puis y aura plus le, à mon avis le, le même suivi [...] le patient va changer de médecin en fonction des jours quoi. »

De plus, le travail d'équipe avec d'autres médecins plus jeunes ou en formation permet de partager son expérience et de se sentir moins isolé.

- ✓ M15 : « Mais depuis que j'ai des internes, depuis je suis maître de stage moi je m'éclate, il y a un vrai échange, voilà. »

Les réseaux entre généraliste d'un même secteur et leur bonne entente permettent également de pouvoir assurer la continuité des soins.

- ✓ M9 : « [...] si tu veux on se connaît donc on s'entend bien et donc bah moi j'dis aux gens écoutez quand je suis pas là allez voir A ou allez voir B [...]. »

Une des théories d'avenir de la médecine générale est celle d'un regroupement de généralistes « spécialisés » au sein d'une même structure.

- ✓ M2 : « [...] qu'il y ait des sortes de, de réseau de médecins généralistes qui puisse s'intégrer en dessous des médecins spécialistes pour tout ce qui est de la pathologie qui ne relève pas de l'hyper spécialisation. »

3.5.5 Esprit corporatif confraternel

D'une manière générale, la corporation médicale est soudée et bienveillante parmi ces membres. Il y a un respect confraternel et un esprit de corps.

- ✓ M3 : « [...] on a aussi beaucoup de reconnaissance de nos confrères des structures régionales. [...] y a quand même un soutien [...]. »
- ✓ M10 : « [...] on avait une association de formation continue, on s réunissait euh.. [...] on peut dire qui avait une grande confraternité. »

Le travail en réseau s'établit dans une ambiance sereine et bienveillante entre médecins.

- ✓ M13 : « Euh on adresse des patients aux spécialistes et j'ai des spécialistes maintenant qui m'adressent des patients qui n'ont plus de médecins traitants voilà. »

Le soutien est apporté par les autres spécialistes et organismes d'urgence qui prennent le relai des soins lorsque le MG ne travaille pas.

- ✓ M5 : « [...] bon ben j'ai mes week-ends hein, mais parce que sur X on a SOS médecin. »
- ✓ M2 : « [...] des organismes de soins d'urgence qui assurent la pérennité de, du, de, médical pendant la nuit et pendant les week-ends [...]. »

3.5.6 Inquiétude de la numérisation de la santé

La technologie ne fait pas l'unanimité pour les médecins les plus âgés. Ils se sentent démunis face aux contraintes technologiques, à tel point que certains ont refusé de s'y accommoder.

- ✓ M5 : « *Parce que bon déjà moi ce qui me saoule et qui me prend la tête c'est l'informatique.* »
- ✓ M9 : « *Je suis pas informatisé [...].* »

C'est une perte de temps estimé par certains, vivant mal certaines obligations venant de la sécurité sociale.

- ✓ M5 : « *[...] j'ai pas intégré dans mon emploi du temps, parce que j'ai pas le temps et j'ai pas le goût, d'aller sur ma messagerie sécurisée que la sécu m'a obligé de prendre pour aller voir mes courriers. [...].* »

Faisant prendre conscience d'une fracture générationnelle concernant l'informatique qui est plus instinctive pour les jeunes générations.

- ✓ M2 : « *[...] en fonction de l'âge on est beaucoup moins euh, euh sensibiliser au web et à tout ce qui est ordinateur, [...].* »

De plus, certains médecins pensent que la technologie exerce une influence néfaste dans la relation médecin-patient et met une barrière entre eux.

- ✓ M1 : « *Y'a pas de confiance particulière, y font fit de notre savoir, je veux dire ils ont l'impression qu'en regardant internet ils ont fait 10 ans d'étude et que ils sont capables de, de gérer.* »
- ✓ M5 : « *[...] moi ça me coupe la.. ma consultation par exemple. C'est à dire que le fait de pas regarder les gens, enfin d'avoir cet instrument entre eux et moi [...].* »

Jusqu'à constater une perte de temps que génère le logiciel de santé pour certains.

- ✓ M5 : « [...] je refais la consulte comme avant à l'ancienne et après je me mets à leur taper.. à taper un petit résumé [...]. »

Le numérique paraît avoir d'autres désavantages et notamment déséquilibrer l'accès aux soins pour la population la plus âgée.

- ✓ M4 : « Après les téléconsultations ça peut aider aussi, je pense que ça peut être pas mal dans certains cas mais après c'est très compliqué chez les personnes âgées. »

De plus la crainte évoquée vis-à-vis de la technologie est celle où le diagnostic d'un MG sera probablement un jour remplacé par celui d'un algorithme informatique.

- ✓ M5 : « [...] quand ça sera venu dans les mœurs de plus examiner les gens, [...] l'intelligence artificielle [...], elle va te mouliner ça, et c'est pour ça que je, je sais pas mais peut-être que dans 20 ou 30 ou 40 ans y aura plus de généralistes. »
- ✓ M6 : « [...] parce que comme on apprend par algorithme il est, il est pas insensé de penser que les, les ordinateurs puissent remplacer ces algo, fin la gestion d'ces algorithmes. »

De plus, certains médecins n'adhèrent pas aux téléconsultations, estimant qu'il s'agit d'une déviance du système de santé avec la perte du contact physique avec le patient.

- ✓ M11 : [...] les gens il faut les examiner, il faut les voir de visu. [...] moi je trouve que c'est la mauvaise médecine de faire de la.. des trucs par téléphone, c'est un système américain [...]. »

D'autres aspects sont néanmoins plus appréciés notamment pour la prise de décisions et les avis rapidement obtenus via de nouvelles plateformes d'aide au diagnostic.

- ✓ M11 : « *Et je suis pour la télé expertise [...].* »

3.5.7 Diminuer le temps de travail de non-soins

A l'unanimité, les médecins considèrent que les tâches administratives dont ils sont accablés sont beaucoup trop contraignantes, réduisant le temps médical qu'ils consacrent à chaque patient et dégradant leur fonction de soignant. Leur demande ? Les délester de cette besogne.

- ✓ M9 : « *Euh le gamin faut faire le certificat pour l'école, le certificat enfant malade, [...] le certificat pour le père et le certificat pour la mère [...].* »
- ✓ M15 : « *[...] avant on avait qu'un seul formulaire pour les accidents de travail maintenant soi-disant c'est pour simplifier [...].* »

Les médecins ressentent également une forme de chantage pécunier sur les objectifs administratifs qui sont également souvent une source de perte de temps.

- ✓ M4 : « *[...] l'espace médical personnel, euh donc il va falloir remplir tant de pourcent par an par patient pour avoir des financements, faut utiliser la messagerie sécurisée [...].* »
- ✓ M4 : « *[...] mais c'est prenant, ça prend du temps, rien que l'espace médical là, c'est des consultations dédiées parce que ça prend 1000 ans à faire [...].* »

3.5.8 Lien ville- hôpital difficile

Quelques médecins trouvent que le formalisme de l'hôpital entrave la relation entre la médecine hospitalière et la médecine de ville.

- ✓ M7 : « *Et puis pour hospitaliser ton patient c'est la croix et la bannière, c'est la case direct urgence, tu peux même plus faire d'entrée direct.* »

De plus il semble y avoir une opposition entre les soins fournis à l'hôpital et les moyens censés garantir leur qualité devant répondre à une rentabilité des soins qui fragmente le système.

- ✓ M9 : « *[...] je pense que la logique comptable elle est en train de, de manger le système si tu veux.* »
- ✓ M15 : « *Y a une dichotomie entre l'administratif de l'hôpital et les médecins de l'hôpital. D'un côté il y a une gestion humaine et de l'autre [...] une gestion comptable.* »

Entrainant une répercussion sur les soins en ville, du fait d'une prise en charge écourtée voire bâclée à l'hôpital, dictée par une politique du chiffre. Il y a donc un retentissement du dysfonctionnement de l'hôpital sur la médecine de ville avec des libéraux fatigués n'ayant pas les moyens d'absorber tous les soins ambulatoires post hospitalisation et leurs possibles complications.

- ✓ M5 : « *[...] en ville on prend en charge des choses qu'on devrait pas, voilà c'est à dire que les hospitalisations qui te durent 24h, que après les mecs y sortent de l'hôpital, à peine sorti du bloc et toi tu gères les merde en post-op [...].* »
- ✓ M9 : « *[...] financièrement c'est mieux pour l'hôpital mais ça déporte la charge sur les gens de ville [...].* »

Il y a un ressenti partagé d'une décharge complète sur les médecins généralistes considérés comme une solution de repli du secteur hospitalier ainsi que des médecins spécialistes.

- ✓ M5 : « [...] après ils leur disent : voyez votre médecin traitant et si y a un problème vous revenez. En attendant le problème c'est toi qui le gère. »
- ✓ M4 : « : Les spécialistes quand ils savent pas quoi faire [...] bah ils renvoient vers le médecin généraliste. »

3.5.9 Reconnaissance financière

Pour plusieurs médecins, la valorisation financière est insuffisante par rapport aux responsabilités, à l'engagement, au temps de formation et aux connaissances du MG.

- ✓ M7 : « [...] un exemple bête, je vais aller chez le coiffeur ça va me coûter 25,00€ pour 10 min de coupe, une consultation où tu mets ta responsabilité en jeu c'est 25€ quoi. »

Et ce manque de reconnaissance financière était déjà ressenti par les médecins dont la carrière débutée il y a 30 ans.

- ✓ M6 : « [...] la nomenclature t'avais le C, la visite, la visite de nuit mais qui était pratiquement équivalent à la visite de jour.[...] on roulait pas sur l'or. »

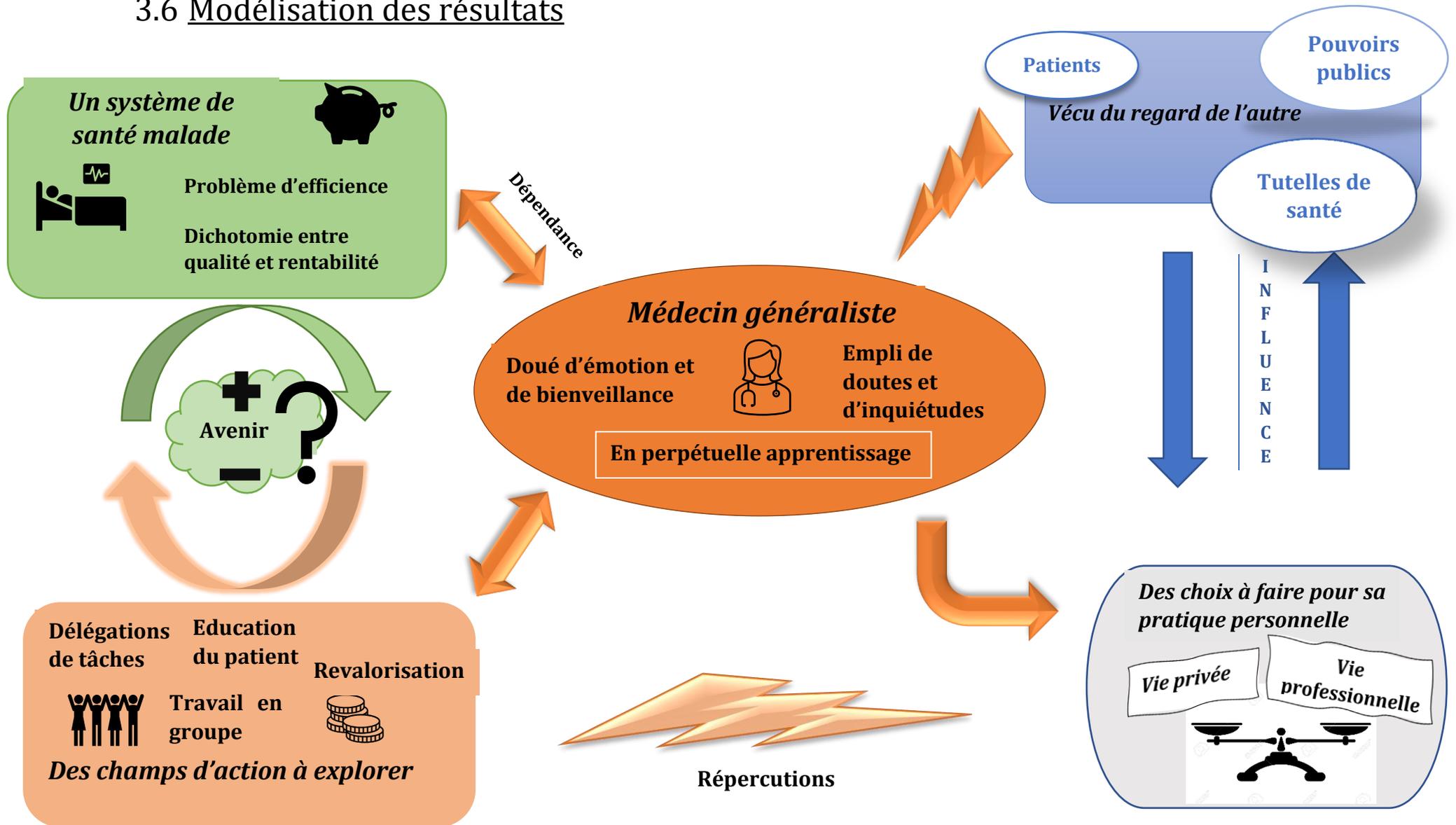
La revalorisation des actes médicaux pourrait être une solution afin d'encourager les jeunes générations à s'engager dans cette voie.

- ✓ M7 : « Boh à part revaloriser un peu notre travail, ça ça pourrait peut-être donner un petit coup de pouce à l'installation des jeunes. »
- ✓ M16 : « [...] si les actes sont pas revalorisés quoi pour rendre ça plus attractif pour les jeunes médecins motivés. »

Il y a donc une nécessité de réinvestir dans la santé et de reconnaître les métiers de la santé en général à leur juste valeur.

- ✓ M3 : « [...] je pense qu'il faut faire en sorte de valoriser des filières qui sont primordiales voilà [...]. »

3.6 Modélisation des résultats



4 Discussion

4.1 La validité de l'étude

4.1.1 Les forces

Le choix d'une étude qualitative était la plus appropriée pour répondre à la question de recherche.

La méthode par théorisation ancrée semblait être la plus adaptée de par le recrutement et l'utilisation de questions ouvertes, afin de recueillir un grand nombre de données subjectives et de récolter les ressentis, le vécu et les opinions de chaque participant. C'est également la méthodologie de choix pour modéliser des données subjectives.

L'enquêteur connaissait certains médecins interrogés, ce qui a pu faciliter l'intimité des réponses, le tutoiement proposé aux médecins non connus a mis l'interviewer dans une ambiance bienveillante.

Les entretiens individuels étaient en adéquation avec l'approche permettant aux participants de s'exprimer librement de façon anonyme.

Afin de limiter les biais d'interprétation, la subjectivité de la chercheuse a été limitée à plusieurs étapes de l'analyse. Au moment du codage par la triangulation des données, qui a été effectuée par une tierce personne n'étant pas du milieu médical (Mr A. Delmarre) et qui a permis une meilleure objectivité de ce fait en renforçant la validité interne de cette étude. Puis lors de la modélisation qui a été réalisée avec la directrice de thèse, ayant de l'expérience dans la rédaction de thèses qualitatives (Dr A. Janczewski).

Cette étude respecte les critères de qualité COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) élaborés afin d'améliorer la fiabilité d'une recherche qualitative(11).

4.1.2 Les faiblesses

4.1.2.1 Biais propres à l'enquêteur

Étant MG et concernée par la question de la recherche, la subjectivité de la chercheuse a pu biaiser certains de ses résultats. Une recherche préalable de la littérature a été effectuée dans le but de diminuer ses à priori.

De plus il n'a pas été tenu de journal de bord tout au long de l'étude.

4.1.2.2 Biais de recrutement

Certains interrogés étaient connus de la chercheuse. Le recrutement par « effet boule de neige » a pu limiter ce biais. De plus le sujet a pu sensibiliser la curiosité des participants les amenant à accepter plus facilement de répondre à la question de cette étude.

4.1.2.3 Biais d'investigation

Ce travail qualitatif était le premier de la chercheuse. La faible expérience en matière d'étude qualitative a été compensée par la lecture du livre « *Initiation à la recherche qualitative en santé* » dirigé par Lebeau Jean-Pierre et par la participation à une demi-journée de formation organisée par le département universitaire de médecine générale sur le sujet. Par ailleurs cela a pu limiter la richesse des entretiens devant la non-maitrise des techniques de reformulation et de relance.

4.1.2.4 Biais de recueil

La moitié des entretiens ayant été effectuée par téléphone, certains éléments non verbaux n'ont pas pu être retranscrits. Ce qui a pu également intervenir sur la promiscuité diminuant la fluidité de l'entretien marqué par certaines pauses.

De plus le recueil écrit du consentement des participants a manqué puisque donné à l'oral.

4.1.2.5 Biais de désirabilité sociale

Ce biais s'explique par le fait que les participants ont pu mettre plus de forme sur certaines de leurs opinions pour ne pas heurter ou paraître différent.

4.2 Retour sur les principaux résultats et mise en relation avec la littérature

4.2.1 La place du MG dans le système de soins

Cette étude faisait ressortir le rôle majeur du MG au sein du système de santé. Acteur des soins primaires ambulatoires, première porte d'entrée dans le système de soins, coordonnateur des soins, médecin traitant, médecin de famille, autant de qualifications qui oriente sur le rôle important qu'il joue.

Un avis rendu en 2023 par l'*Académie Nationale de Médecine (ANM)* affirme la nécessité de préserver le rôle de coordonnateur de soins du MG au sein du système de santé et de l'importance que revêt son statut (12).

On retrouve une description similaire de l'image du généraliste dans d'autres pays et notamment au Canada selon un article tiré de la revue « *The College of Family Physicians of Canada-Le Médecin de Famille Canadien (CFP-MFC)* »

qui faisait la promotion du médecin de famille en mettant en avant le rôle central qu'il occupe au sein du système de santé Canadien (13).

Un article tiré de « *La Revue Médicale Suisse* » appuyait sur l'importance du généralisme et des soins primaires dans la coordination, l'interprétation, la personnalisation et l'humanisation des soins devenant de plus en plus complexes (14).

Un avis du *Conseil Scientifique du Collège National des Généralistes Enseignants* (CS CNGE) concernant une étude réalisée aux USA de 2005 à 2015 rendait compte que plus il y avait de médecins généralistes exerçant dans un territoire donné plus il améliorait les indicateurs de bonne santé de ce territoire et par ce fait rendait compte de l'importance de sa fonction (15).

Cependant cette place que tient le MG paraît être mise en péril, c'est du moins l'inquiétude partagée par la majorité des participants de cette étude.

Selon l'avis de l'ANM de 2023, la place du MG serait à repenser devant les évolutions technologiques, professionnelles et sociétales qui se bousculent et tendait vers 3 scénarios possibles :

- Son extinction, désapprouvée.
- Son orientation vers une spécialité d'organe, écartée.
- Son évolution vers une fonction globale de synthèse, de confident personnel du patient et de prévention, retenue.

Dans les faits, l'émergence de nouvelles innovations remet en cause le monopole diagnostique et thérapeutique du seul médecin (12).

4.2.2 L'évolution des idéaux professionnels

Cette profession, sacerdoce pour nos aînés, est en plein changement depuis deux décennies. Cette évolution de la pratique de la médecine générale colle à l'évolution de la société qui n'a cependant pas été anticipée.

En effet la pléthore médicale s'est vue jusque dans les années 2000 avec une diminution progressive des effectifs des MG, s'expliquant à la fois par la prise de retraite anticipée, qui avait été encouragée par le mécanisme d'incitation à la cessation anticipé d'activité (MICA) institué en 1988, ainsi qu'à la désaffection de la profession (16).

Dans la littérature, cette désaffection s'explique par des conditions de travail jugées trop contraignantes et incompatibles avec une vie de famille équilibrée, l'insuffisance de rémunération venant en dernier (17).

L'aspiration à une meilleure qualité de vie était déjà discutée dans un article de 2008 paru dans la revue *Médecine* intitulé « Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. », retraçant les dires d'un jeune médecin de l'époque : « *Nous n'avons pas à avoir honte de souhaiter une bonne qualité de vie.* » (6).

Par ailleurs au fil des années, la pratique de l'exercice libéral a changé et a trouvé des solutions à ces contraintes avec notamment la diminution du temps horaire sur la semaine en fonction de l'organisation propre du MG.

La recherche d'un équilibre de vie avec la réduction du temps passé au travail paraît avoir trouvée son élan entre autre avec la féminisation de la profession (17).

Bien connue et prédite depuis de nombreuses années avec une population médicale représentée par les femmes croissante d'année en année (50,5% des médecins généralistes en activité régulière inscrits à l'Ordre en 2022 contre 36.8 % en 2003) (3), (18).

Par ailleurs l'évolution des modes d'exercice avec un abandon de l'exercice isolé au profit d'un exercice regroupé au sein de cabinet voire dans des structures pluriprofessionnelles était relevée parmi les médecins, améliorant par ce fait la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Un article paru en 2009 dans la revue *Exercer* concernant le regard des futurs MG sur la MeG retrouvait déjà cette ambition de travail en groupe au vu d'un équilibre de vie adaptée (7).

La *Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS)* nous informait que depuis 2010 l'exercice médical regroupé était de plus en plus plébiscité par les MG (19).

Une étude récente de la *DRESS* venait appuyer que l'exercice regroupé était associé à une meilleure qualité de vie (20).

De plus l'une des contraintes liées à l'exercice et pointée du doigt dans cette étude était le poids du papier.

Ce sujet faisait déjà l'objet de discussion en 2010, puisque la lourdeur des tâches administratives était soulevé par un article intitulé « *Être médecin généraliste aujourd'hui.* » décrivant un travail non médical de plus en plus prenant (21).

Cependant l'une des solutions proposées récemment pour pallier cette besoin et donner plus de temps médical au MG de façon générale était l'introduction de nouveaux corps de métier.

Largement décriée dans l'actualité, ce travail faisait état d'une ambivalence concernant cette initiative. Entre curiosité et désintérêt virulent, la crainte retrouvée était liée au risque de perte de certaines prérogatives attribuées à de nouveaux corps paramédicaux, jusqu'alors étant l'apanage de l'exercice médical. Quelque uns n'étaient pas réticents à l'idée de partager les soins avec d'autres soignants mais à conditions d'en fixer le rôle précis.

Ces nouvelles dispositions, dont l'objectif principal était d'améliorer l'accès aux soins, avaient été pensées depuis plusieurs années avec la volonté de développer le métier d'assistants médicaux relevant du projet « *Ma santé 2022* », puis l'introduction des Infirmières de pratique avancée (IPA) développée dans « *La Loi du Financement de la Sécurité Sociale 2022 (LFSS)*» (22), (23).

Elles sont estimées ne pas être des solutions viables à long termes pour la prise en charge des patients et pour la pérennité de l'exercice de la MeG. Un communiqué par mail concernant cette LFSS 2022 avait été adressé fin d'année 2021 à une sénatrice relevant l'incohérence de l'accès direct à certains corps de métier risquant de compromettre l'intégrité des patients et les exposant à des risques de retards de prise en charge et donc à une possible perte de chance (24).

Dans un sondage réalisé par le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) en 2019, les jeunes médecins

étaient mitigés quant à l'idée de travailler avec des assistants médicaux. Plus de la moitié à 52% affirmaient qu'ils n'en prendraient pas, 22% n'y étaient pas contre et 25% ne se prononçaient pas. Il en ressortait une hypothèse concernant d'une part la revalorisation des consultations afin de financer et de former une secrétaire à la gestion administrative et d'autre part une revalorisation des métiers déjà existants, tel que les infirmières ASALEE avec une plus grande implication de leur rôle, l'objectif étant de préserver la qualité du soin (25).

De plus, on retrouvait dans l'actualité un sentiment de défiance vécu par les MG concernant ces attributions d'actes médicaux et de prescriptions à d'autres professionnels moins formés (26).

Dans un système de santé prônant la qualité des soins défini par 6 axes principaux : l'efficacité, l'équité, la sécurité, la justesse, l'efficience et l'accessibilité, la priorité dans l'actualité paraissait être donnée à cette dernière au détriment de toutes les autres (27).

Un communiqué du *CNGE* mettait en avant le risque encouru d'une « médecine à la chaîne », suggéré par ces propositions de loi, voulant donner un accès aux soins rapides et pour chaque Français, au détriment de sa qualité. Et en divisant d'autre part les médecins entre eux, avantageant une médecine dénuée de lien, n'abordant que les soins non programmés et déstabilisant de surcroît les dépenses de santé avec davantage de consommation de soins par les nouvelles technologies mises à disposition via diverses plateformes commerciales (28).

Pour finir, l'attractivité de la MeG pourrait en être affectée. Certains médecins interrogés s'accordent à penser que la délégation de tâches ne permettrait pas un meilleur engagement vers le libéral.

Il n'y a pour l'instant pas de références dans la littérature pouvant corroborer cette opinion.

Ce qui vient contrebalancer les inconvénients de la pratique dans cette étude sont unanimement la polyvalence de l'exercice, le contact humain et la liberté d'exercice.

Ces avantages étaient déjà exposé en 2010 et retrouvés dans un travail de thèse rédigé par le Dr CARLE Magalie dénommé « Le médecin généraliste Picard : Ressenti et réflexion » (29), (30)

4.2.1 Le remaniement de la formation

L'étude retrouvait une ambivalence concernant une année d'internat supplémentaire parmi les MG interrogés. Tandis que les plus vieux le voyait d'un bon œil avec l'opportunité de redorer le prestige de la médecine générale, les plus jeunes ne cernaient pas la stratégie d'une telle logique au vu de la problématique actuelle de la démographie médicale et de l'accès aux soins.

La formation en MeG s'était vue garnie d'une 4^{ème} année d'internat qui serait à priori effective dès septembre 2023. Cette 4^{ème} année permettrait une formation encore plus complète en ambulatoire, afin de se familiariser au mieux avec l'exercice en ville mais surtout à encourager l'installation en fin d'internat, essayant par ce biais de résoudre la problématique des déserts médicaux.(31)

La question que l'on pourrait se poser serait sur la pertinence de cette année et des conséquences qu'elle pourrait engendrer quant au choix à l'internat de la médecine générale. Pourrait-elle faire fuir les jeunes médecins qui s'en détournerait plus facilement ?

Le Syndicat des Jeunes Médecins Généralistes (SJMVG) émet une réserve quant à cette décision politique car encouragé dans un but pédagogique, il souligne que ce projet a été intégré dans un chapitre du texte de la LFSS 2022 intitulé « Renforcer l'accès aux soins », ce qui pose question pour les jeunes étudiants sur la réelle motivation de la prolongation des études en médecine générale (32).

La proposition de loi concernant ladite année adoptée par le Sénat en octobre 2022, a bousculé les inquiétudes compréhensibles et légitimes des étudiants devant l'absence pour l'instant de décret annonçant clairement les modalités organisationnelle, financière et pédagogique qui en découle. Cette année devant faire évoluer l'interne au statut de docteur junior et lui permettant d'effectuer un stage ambulatoire, au plus près de son exercice futur, en autonomie supervisée (33).

4.2.1 La place du numérique

L'informatique fait partie d'un progrès inéluctable dont on ne pourrait presque plus se passer. Ce qui ressortait dans les entretiens concernant le numérique était l'ambivalence de son utilisation en fonction des générations. Parmi quelques médecins en âge de la retraite, il existait un rejet voire une lutte presque féroce contre cette informatisation, considérée être un frein dans la relation médecin-patient. Pour d'autres, penser au numérique c'est

penser télémédecine ou IA. Les avis sur cette question, faisant partie de l'avenir de l'exercice, sont ambivalents.

4.2.1.1 La télémédecine

Cette évolution dans l'accès aux soins n'a que très peu été abordé par les médecins. Manque d'intérêt ? Refus technologique ? Méconnaissance ? Les quelques médecins relatant leur expérience sur cette nouvelle façon d'aborder les prises en charge leur déplaisaient fortement, mettant en avant la perte du contact humain, aspect primordial selon eux d'une alliance thérapeutique solide.

Une thèse qualitative sur la « Téléconsultation en médecine générale : Le ressenti des médecins » dirigée par le Dr Hatem Khanchouche, faisait état des problèmes soulevés par cette innovation. En effet, en plus d'avoir des doutes sur la confidentialité et la sécurité des données (indispensable pour préserver le secret médical), le risque de déshumanisation était partagé en l'absence d'examen physique, qui permettait néanmoins une écoute plus active. Il était également relevé un risque de consumérisme exacerbé et une inégalité d'accès. Cependant des points positifs se dégagent avec notamment la lutte contre les déserts médicaux et le désengorgement des cabinets pour des motifs non complexes (34).

4.2.1.2 L'avenir de la médecine est-elle à l'IA ?

Cela fait des années que des programmes d'évaluation concernant l'IA sont en cours d'étude. Selon les chercheurs, c'est une voie d'avenir à exploiter de façon vigilante mais pour laquelle nous ne devrions pas être effrayés outre mesure.(35), (36)

Le « neurone biologique » est encore bien performant et domine le « neurone artificiel ». La place de l'IA serait à côté de celle de l'intelligence humaine et les deux peuvent se compléter.(37)

Un article sur « *La médecine Numérique : nouvelle spécialité... nouvelle médecine !* » écrite par Christophe Richard décrivait la place que pourrait occuper la médecine numérique ainsi que les apports qu'elle amènerait à la médecine occidentale sans s'y substituer et l'intérêt de l'introduire auprès des étudiants relativement tôt dans le cursus pour s'en accommoder à l'avenir. Son but étant de proposer une médecine universelle afin d'optimiser les diagnostics et de proposer un arbre décisionnel thérapeutique aboutissant à un protocole personnalisé pour chacun.(38)

Selon Kai-Fu Lee, informaticien, père de la reconnaissance vocale et figure de l'IA, elle permettrait au médecin de se recentrer sur l'aspect « humain » en médecine, aspect qui ne pourra jamais être assimilé par l'IA car tel qu'il le conclut : « *Nous sommes loin de comprendre le cœur humain et à des années lumières de le reproduire.* »(39)

Sur cette conclusion, nous pouvons surenchérir en objectivant que le savoir parler et le savoir être sont essentiels pour jeter les bases d'une bonne relation médecin-patient. Comme le suggère un article publié récemment dans « *La revue du praticien* », les sciences humaines devraient être réintégrées au programme de formation des études médicales. Ce qui permettrait au médecin de renforcer entre autres ses compétences sociales, la médecine n'étant pas uniquement basée sur des connaissances scientifiques.(40)

5 Conclusion

Ce travail de recherche, fait un état des lieux sur le ressenti du métier de médecin généraliste du Var et des Hautes-Alpes ainsi que de son avenir. Il recoupe de multiples thèmes tous imbriqués les uns aux autres.

L'avenir de la MeG est un vaste chantier qui est cependant remplie d'une certitude : les MG, quel que soit leur milieu d'exercice, rapportent un profond attachement à leur profession.

Cet exercice connaît de nombreux bouleversements ces dernières années devant la problématique de démographie médicale ne pouvant répondre aux besoins en santé d'une population vieillissante.

Le MG reste la pierre angulaire et le garant du bon fonctionnement du système de santé. Ce système de santé vit une crise multifactorielle exacerbée depuis plusieurs années, devant trouver des solutions alternatives rapides pour faire face à la demande de soins et pour lequel des moyens financier, humain et structurel doivent être apportés.

À une époque, l'image d'Epinal du MG dans l'esprit populaire était celle d'un homme exerçant seul une activité libérale, disponible à toute heure du jour comme de la nuit, se rendant au chevet du malade, dispensant des soins parfois sans rétribution ou dédommager de son déplacement par des offrandes alimentaires.

Cette image du siècle dernier tend à disparaître avec le changement des mentalités de la société et le rapport qu'elle développe à l'importance d'une meilleure qualité de vie. Cela s'entend si pour tenir dans la durée il faut un mental solide.

En plus de la volonté à préserver une qualité de vie, la place du MG va devoir se mêler aux évolutions technologique, professionnelle et sociétale d'aujourd'hui et aux conséquences que cela pourrait engendrer sur son exercice. Cet exercice qui se veut qualitativement meilleur.

L'avenir de la MeG reste cependant empli d'incertitude.

Malgré ça, l'attractivité de la profession qui passe par la richesse du contact humain privilégié et d'autre part par la polyvalence de leur exercice doivent perdurer.

Quand sera-t-il de la prospérité de la MeG ? L'avenir nous le dira.

“L'humanité devra mettre un terme à la guerre, ou la guerre mettra un terme à l'humanité.” John Fitzgerald Kennedy

6 Bibliographie

1. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;52.
2. Nicodeme MR, Deau X. Document de Références en MEDECINE GENERALE à l'usage des Commissions de qualification du CNOM.
3. Arnault DF. Atlas de la démographie médicale en France. janv 2022;141.
4. Etudes médicales : la médecine générale devient une spécialité [Internet]. Caducee.net. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/11982/etudes-medicales-la-medicine-generale-devient-une-specialite.html>
5. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2009;167(6):422-8.
6. Gallois P, Vallée JP. Médecine générale : désenchantement et perspectives d'avenir. Médecine. 1 mars 2008;4(3):100-1.

7. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes [Internet]. [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: https://campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf
8. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2019. 162 p. (Méthodes en sciences humaines; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582.htm>
9. Glaser B, Strauss A. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. 2010.
10. Initiation à la recherche qualitative en santé, Jean-Pierre Lebeau, 2021, GM santé [Internet]. VG Librairies. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/8856-initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante.html>
11. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. Acad Med. sept 2014;89(9):1245-51.
12. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXIème siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/quels-role-et-place-pour-le-medecin-generaliste-dans-la-societe-francaise-au-xxieme-siecle-du-medecin-traitant-a-lequipe-de-sante-referente/>
13. Lemire F, Slade S. Portée de la pratique et l'avenir de la médecine de famille. Can Fam Physician. août 2022;68(8):625-625.
14. Héritier F, Perrier A, Gaspoz JM, Waeber G, Cornuz J. Le généralisme : un besoin, un défi... l'avenir. Rev Med Suisse. 22 janv 2014;414:147-147.
15. Basu S, Berkowitz SA, Phillips RL, Bitton A, Landon BE, Phillips RS. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005-2015. JAMA Intern Med. 1 avr 2019;179(4):506.
16. Démographie des professions de santé : historique et perspective [Internet]. [cité 12 avr 2023]. Disponible sur:

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/demographie-des-professions-de-sante-historique-et-perspective>

17. Gallois P, Vallée JP, Noc YL. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. 1 mai 2006;2(5):223-8.
18. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):59-81.
19. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
20. Myriam Biais, Matthieu Cassou, Carine Franc. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2022 [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
21. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. *Laennec*. 2010;58(3):28-43.
22. Buzyn A, Vidal F. *Ma santé 2022*.
23. Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023 : les mesures phares [Internet]. [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15965>
24. Dr Patrick BOUET, Dr Jacques BATTISTONI, Dr Patrick GASSER, Dr Corinne LE SAUDER, Dr Jérôme MARTY, Dr Jean-Paul ORTIZ, Dr Philippe VERMESCH. *Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2022*. 2021.
25. Assistants Médicaux [Internet]. ReAGJIR. 2019 [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <https://reagjir.fr/assistants-medicaux/>
26. La PPL Rist en l'état est un signal de défiance envers les médecins généralistes traitants - MG France [Internet]. 2023 [cité 29 mai 2023]. Disponible sur:

<https://www.mgfrance.org/publication/communiquedepresse/3283-la-ppl-rist-en-l-etat-est-un-signal-de-defiance-envers-les-medecins-generalistes-traitants>

27. Qualité des soins [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>
28. CP CNGE / Les universitaires de médecine générale partagent l'inquiétude de la profession [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_les_universitaires_de_medecine_generale_pa/
29. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D. Être médecin généraliste aujourd'hui. *Laennec*. 2010;58(3):28-43.
30. Magalie PC. Le médecin généraliste picard Ressenti et réflexions. 2019.
31. Bouque C. Une 4ème année de formation de l'internat en médecine générale: l'enjeu de l'avenir de la médecine générale [Internet]. AVEC Santé. 2022 [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.avecsante.fr/?p=4498>
32. Communiqué de presse 4e année d'internat de médecine générale - Blog SNJMG [Internet]. [cité 24 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.snjmg.org/blog/post/communiquede-presse-4e-annee-dinternat-de-medecine-generale/1915>
33. Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux » [Internet]. Sénat. 2023 [cité 30 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l22-010/l22-010.html>
34. Khanouché H. Téléconsultation en médecine générale : le ressenti des médecins. 22 avr 2020;141.
35. Intelligence artificielle : faut-il en avoir peur ? · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/actualite/intelligence-artificielle-faut-il-en-avoir-peur-2/>
36. L'IA en médecine : théorie et pratiques (1/2) [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.esanum.fr/today/posts/lia-en-medecine-theorie-et-pratiques-12>

37. esanum.fr, Dr Joris Galland. L'abus d'intelligence artificielle est-il dangereux pour la santé ? [Internet]. 2021 [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.esanum.fr/today/posts/labus-dintelligence-artificielle-dangereux-pour-la-sante>
38. Richard C. La Médecine Numérique : nouvelle spécialité... nouvelle médecine ! Hegel. 2018;3(3):199-206.
39. L'IA en médecine : théorie et pratiques (2/2) [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.esanum.fr/today/posts/lia-en-medecine-theorie-et-pratiques-22>
40. Réintégrer des sciences humaines dans les études de médecine [Internet]. [cité 22 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/reintegrer-des-sciences-humaines-dans-les-etudes-de-medecine>

7 Annexe

Guide d'entretien

1. Est-ce que tu peux te présenter, situation personnel et professionnelle actuelle ?
2. Pourquoi avoir choisi la médecine générale ?
3. Qu'est-ce qu'un médecin généraliste selon toi ?
4. Quelle est l'organisation de ton temps de travail ?
5. Comment est perçu le médecin généraliste par la société ? par les confrères spécialistes ou non ? Par l'Etat et les tutelles ?
6. Quelles sont les avantages ou les points positifs à exercer la médecine générale ?
7. Quelles sont les désavantages ou les craintes que tu ressens le plus dans ta pratique ?
8. Que penses-tu du système de santé en France ?
9. Quelle est ta vision d'avenir de la médecine générale ?
10. Veux-tu rajouter quelque chose ?

Les questions de relance étaient souvent improvisées et ne rentrées pas forcément dans le guide d'entretien initialement donc non retranscrites dans cette partie.

8 Abréviations

ANM : Académie Nationale de Médecine

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

IA : Intelligence artificielle

IPA : Infirmière de pratique avancée

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MG : Médecin Généraliste

MeG : Médecine Générale

WONCA : World Organization of Family Doctors

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.

Résumé

Introduction

Le métier de médecin généraliste est en perpétuelle évolution. Entre valorisation de son statut et de sa compétence dans un système de soin en perdition ces dernières années, sa place tend à devenir de plus en plus importante. L'objectif de cette étude est de recueillir le ressenti que le médecin généraliste a de son métier et de son avenir.

Méthode

Etude qualitative réalisée par entretiens semi dirigés individuels menée de septembre 2022 à janvier 2023 auprès de médecins généralistes des Hautes Alpes et du Var. Les données ont été analysées selon la méthode inspirée de la théorisation ancrée.

Résultats

Les 16 entretiens réalisés ont révélé 5 thèmes. Le médecin généraliste évolue au sein d'un système de santé fragile depuis plusieurs années avec des revendications professionnelles et personnelles qu'il tient à conserver malgré des bouleversements dans sa pratique du fait d'une part d'une décroissance de la démographie médicale et d'autre part de la mise en place de nouvelles technologies innovantes pouvant compromettre certains aspects de sa pratique quotidienne.

Conclusion

Cela fait 20 ans que la profession connaît les mêmes difficultés malgré un progrès certain dont elle se doit de s'accommoder. Ce qui est sûr c'est que le médecin généraliste reste la pierre angulaire du système de soin Français et son importance relève d'une nécessité de préserver la relation médecin patient si singulière.

Mots clés : Médecine générale, avenir, système de santé, relation médecin-patient.