



HAL
open science

Médecins salariés en centre de santé: motivations du mode d'exercice en Basse-Normandie en 2022

Alexis Morandi

► **To cite this version:**

Alexis Morandi. Médecins salariés en centre de santé: motivations du mode d'exercice en Basse-Normandie en 2022. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04414995

HAL Id: dumas-04414995

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04414995>

Submitted on 24 Jan 2024

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.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2023

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 05/04/2023

par

MORANDI Alexis

Né le 30/04/1994 à Alençon (*Orne*)

**Médecins salariés en centre de santé :
motivations du mode d'exercice en Basse-
Normandie en 2022.**

Président : Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

Membres : Madame le Docteur ARMAND Audrey

Monsieur le Docteur LE GAC Michel (*Directeur de thèse*)

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)

Professeur Lydia GUITTET (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques (<i>surnombre universitaire</i>)	Pédiatrie

M.	BUI Thanh-huy Eric	Psychiatrie d'adultes
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
Mme	FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUIZ Jean-Luc	Anesthésie et réa. médecine péri- opératoire
M.	HITIER Martin	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEVALLET Guénaelle	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie viscérale et digestive
M.	MAHE Marc-André	Cancérologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophthalmologie
Mme	RAT Anne-Christine	Rhumatologie

M.	REPESSE Yohann	Hématologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	BELLOT Anne	Pédiatrie
Mme	CHATELET Valérie	Néphrologie
M.	COUETTE Pierre André	Médecine Générale
M.	GUILLAUME Cyril	Médecine palliative
M.	LABOMBARDA Fabien	Cardiologie
M.	LE BAS François	Médecine Générale
M.	PIEDNOIR Emmanuel	Maladies infectieuses et tropicales
M.	QUEFFEULOU Guillaume	Néphrologie
Mme	VILLOT Anne	Gynécologie-Obstétrique

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Mme	CHAPON Françoise	Histologie, embryologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DERLON Jean-Michel	Neurochirurgie

M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno	Néphrologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LEPORRIER Michel	Hématologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie

Année Universitaire 2022/2023**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Anne-Sophie VOISIN (recherche)

Professeur Lydia GUITTET (recherche)

Professeur Emmanuel BABIN (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	BECHADE Clémence	Néphrologie
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
Mme	BOULANGER Marion	Neurologie
M.	BROSSIER David	Pédiatrie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	DINA Julia	Bactériologie – Virologie
Mme	DUBOIS Fatéméh	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie

M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	HODZIC Amir	Physiologie
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	JUSTET Aurélien	Pneumologie
Mme	KRIEGER Sophie	Pharmacie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
M.	LE GOUIL Mériadeg	Bactériologie-Virologie
M.	MENAHM Benjamin	Chirurgie digestive
M.	MACREZ Richard	Médecine d'urgence
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	MOLIN Arnaud	Génétique
M.	SAINT-LORANT Guillaume	Pharmacie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M.	VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	VILLAIN Cédric	Médecine interne

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M. HUMBERT Xavier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ARMAND Audrey	Médecine générale
M.	BANSARD Mathieu	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGHER Sophie	Médecine générale
M.	PITHON Anni	Médecine générale
M.	POULLAIN PIERRE	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ÉMÉRITE

Mme BENHĀÏM Annie Biologie cellulaire

Remerciements

A Monsieur le Professeur Xavier LE COUTOUR, Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse d'exercice. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect. Je vous remercie pour votre bienveillance et pour le réel intérêt que vous portez à mon projet de recherche.

A Monsieur le Docteur Michel LE GAC, je vous remercie d'avoir été mon directeur de thèse. Sans vous cette thèse n'aurait pas vu le jour. Je vous remercie chaleureusement de la confiance que vous m'avez accordée. Ainsi que de l'accompagnement que vous m'avez offert pour la construction méthodique de ma thèse. Je vous remercie du temps que vous avez passé à me coacher et à m'encadrer. Vous avez été pour moi un phare dans la nuit pour la réalisation de ce beau projet de recherche.

A Madame le Docteur Audrey ARMAND, je vous remercie d'avoir accepté, avec plaisir et sans hésiter, de faire partie de mon jury de thèse.

Aux médecins qui ont accepté de m'accorder du temps, je vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et pour le temps que vous m'avez accordé. Sans vous, rien n'aurait été possible.

A tous les médecins et professionnels de santé que j'ai rencontré durant mon cursus et par la suite, je vous admire car nous faisons et allons faire, sans doute, les plus beaux métiers du monde.

A ma chère et tendre concubine Agathe GODEY, je te remercie de m'avoir accompagné au quotidien dans les hauts comme dans les bas de ce projet de recherche. D'avoir cru en moi et en mon projet de dès le début, de m'avoir valorisé, de m'avoir apporté la confiance nécessaire pour avancer parmi les nombreuses étapes et embûches de la création de mon étude. Je t'aime !

A mon cher frère Nathan MORANDI, merci d'avoir pris du plaisir à relire ma thèse et de m'avoir apporté des points de corrections auxquels je n'aurai pas pensé. D'avoir pris le temps de m'accompagner dans les dernières étapes de la création de ma thèse. Merci d'être mon frère tout simplement.

A ma chère mère Patricia MORANDI, de m'avoir transmis toute la fierté qu'elle a en elle pour ses deux enfants. D'avoir lu ma thèse et corrigé mes nombreuses erreurs d'orthographe, de m'avoir complimenté sur mon projet. De m'avoir écouté parler longuement durant mes moments de doutes. De m'avoir apporter de précieux conseils.

A mon cher père Frédéric MORANDI, d'avoir confiance en moi, d'être fier de mon frère et moi, et de croire en nous et d'être présent quoiqu'il arrive.

A mes amis, Thomas S., Paul L., Simon H., Andy L., Félix B., Antoine G., Maxime Q., Paul G., Benjamin P., Julien P., Clément L., Quentin B., Chloé P., Sarah DV., Olivier G., Olivier G., Nathalie HG., Merci de m'avoir soutenu, merci d'être présents dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci de m'offrir de merveilleux moments de joie et de bonheur.

Abréviations

APL : Accessibilité Potentielle Localisé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CGDD : Commissariat Général au Développement Durable

CDS : Centre De Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DPC : Développement Professionnel Continu

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

EFS : Etablissement Français du Sang

FPMT : Forfait Patientèle Médecin Traitant

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnel

PMI : Protection Maternel et Infantile

PSLA : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire

RCP : Responsabilité Civile et Professionnelle

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RTT : Réduction du Temps de Travail

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Sommaire

1. Introduction	1
2. Méthode	3
3. Résultats	6
3.1. Présentations des médecins	6
3.2. Parcours des médecins	8
3.3. Début au sein du Centre De Santé (CDS)	10
3.4. Description de l'organisation du CDS	13
3.5. Motivations à la pratique de médecin salarié en CDS	18
3.6. Points positifs et négatifs de ce mode d'exercice	23
3.7. Avenir	26
3.8. Choses à ajouter	27
4. Discussion	29
5. Conclusion	38
6. Bibliographie	39
7. Annexes	42
7.1 Figure 1 : <i>Flow chart</i> des CDS Bas-Normands accueillant des médecins en 2022	42
7.2. Courrier de prise de contact	42
7.3. Guide d'entretien	42
7.4. Caractéristiques de la population	43
7.5. Verbatims	44
7.6. Exemple d'affiche de communication	56

INTRODUCTION

La médecine salariée de premier recours se développe. Chaque année depuis 2007, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie un Atlas de la démographie médicale. En 2021, sur 85 364 médecins généralistes en activité : 56% exercent en libéral, contre 37,4% en salariat et 6,6% en exercice mixte. (1) La volonté de l'exercice salarié est bien présente chez les médecins. Cependant, les médecins exerçant en soins primaires sont peu nombreux à être salariés en France. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), nous explique que 15% des médecins généralistes exercent en salariat dans d'autres établissements que l'hôpital. Il s'agit notamment d'activités en centre de santé, dans des établissements médico-sociaux (établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes, établissements pour personnes handicapées), de prévention (centre de protection maternelle infantile par exemple). (2)

La pratique salariée de la médecine de soins primaires devrait s'amplifier dans les années à venir, comme le démontre une étude de 2017 du DREES qui présente une projection des effectifs de médecins sur le territoire français d'ici à 2040. L'étude tire la conclusion suivante : l'exercice libéral exclusif est en perte de vitesse, au profit du salariat et de l'exercice mixte. (3)

Concernant le salariat dans la médecine générale de premier recours, il existe les centres de santé (CDS). Ils sont mono-professionnels ou pluriprofessionnels. Ce sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours. Ces structures pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins. (4) Les CDS peuvent, en outre des activités mentionnées : mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique ainsi que des actions sociales. Ils peuvent contribuer à la permanence des soins, constituer des lieux de stage, pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, soumettre et mettre en œuvre des protocoles de soins, contribuer à la mission de soutien sanitaire des forces armées. (5) Ils sont tenus de pratiquer le tiers payant sans dépassement d'honoraires. (6) Les centres de santé sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par les départements, soit par les communes ou leurs groupements, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif. (7) Les bénéfices issus de l'exploitation d'un centre de santé ne peuvent pas être distribués. Ils sont mis en réserve ou réinvestis au profit du ou des centres de santé concernés. (8)

Il est couramment admis que l'origine des CDS nous vient des consultations charitables instituées au XVIIème siècle par Théophraste Renaudot, médecin que Richelieu nomma commissaire général des pauvres du Royaume. Par la suite, des dispensaires, ancêtre des CDS, verront le jour jusqu'à la dernière guerre mondiale. Ils étaient, la plupart du temps, gérés par des associations caritatives ou des congrégations religieuses. D'autres types de dispensaires verront le jour au milieu du XIXème siècle dans un concept différent « d'entraide solidaire ». Ils seront créés par les organisations ouvrières pour les familles de leurs membres. De nombreux centres de santé vont alors voir le jour dans les zones urbaines à l'initiative d'associations caritatives ou non, de municipalités ou de mutuelles. (9)

Le décret du 15 juillet 1991 marque la première étape de la reconnaissance des CDS en France. (10) Le terme de « centre de santé » fait son entrée dans le Code de Santé Publique.

Actuellement, le territoire français dénombre plus de 2200 CDS dont 455 pluriprofessionnels. (11)

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a rédigé un guide relatif aux CDS montrant l'intérêt du ministère de la santé de favoriser leur accroissement. (12)

La médecine générale ambulatoire salariée est en plein développement. En 2021, en Normandie, ce n'est pas moins de 3 centres de santé qui viennent de voir le jour. (13) (14) (15)

Le salariat semble être une pratique qui répond à un souhait de jeunes médecins généralistes français ainsi qu'à certains médecins anciens libéraux en fin de carrière.

Néanmoins, sommes-nous certains d'avoir saisi tous les retentissements, les enjeux, les motivations, cette nouvelle tendance qui repense le mode d'exercice de la médecine générale ambulatoire comme nous la connaissons jusqu'à ce jour ?

Ce qui nous a amené à nous poser la question suivante : Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer en centre de santé en Basse-Normandie ?

MÉTHODE

L'étude est réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale. C'est une étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs. Les entretiens ont été menés auprès des médecins généralistes salariés dans des CDS de la région Basse-Normandie.

SÉLECTION

Dans l'étude nous avons inclus des médecins généralistes salariés thésés travaillant en CDS, médicaux ou polyvalents, municipaux ou départementaux. L'étude avait pour but d'inclure des médecins dont l'activité était comparable à celle des médecins exerçant en soins primaires.

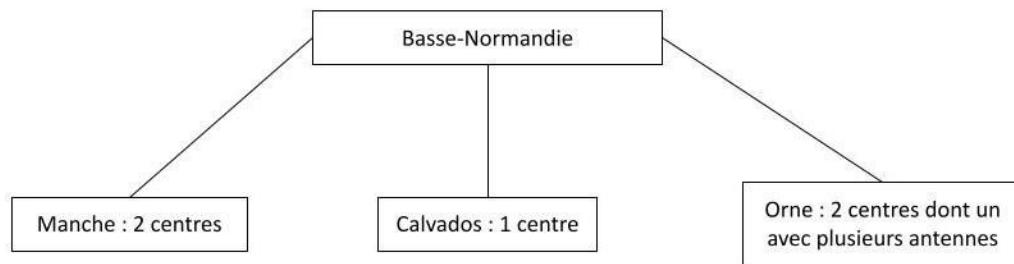
Nous avons exclu les médecins généralistes salariés travaillant en CDS dont les gestionnaires n'étaient pas des municipalités ou des départements. Autrement dit, nous avons exclu les CDS dont les gestionnaires étaient privés de type mutualiste car non présents en Basse-Normandie. Ont aussi été exclus les médecins généralistes exerçant dans des CDS dont l'activité de soins ne comportait pas de médecine curative, et ceux tournés vers une activité spécifique tel que les centres de protection maternel et infantile (PMI), l'établissement français du sang (EFS) ou encore les centres de dialyse. Ces critères ont pour but d'inclure des médecins généralistes pratiquant la médecine générale dans son champ habituel, c'est-à-dire la médecine générale ambulatoire de premiers recours. Nous avons exclu les médecins généralistes installés en salariat depuis moins de deux mois afin qu'ils soient déjà ancrés depuis quelque temps dans ce mode d'exercice. Nous avons exclu également les médecins généralistes exerçant en pratique mixte salariat-libéral et les médecins généralistes ayant une activité hospitalière.

Il n'a pas été recherché d'équilibre homme ou femme afin de peindre un tableau global et complet de la pratique de la médecine salariée ambulatoire en Basse-Normandie en 2022.

Les médecins ont été recensés grâce à une recherche internet précise et méticuleuse. Le recrutement a été fait par contact téléphonique direct, par mail, ou via les secrétariats des CDS. L'acceptation de l'entretien s'est déroulée selon le volontariat de chacun.

Un échantillonnage raisonné dans la limite de la faible taille de la population a été effectué.

Figure n°1 : Flow-chart des CDS Bas-Normands accueillant des médecins en 2022



INTERVENTION et OBSERVATION

Grâce à une recherche bibliographique et à nos questionnements, nous avons créé un guide d'entretien avec questions ouvertes. Les questions ont été agrémentés par des questions de relances si nécessaire. Le guide a été enrichi par des notions de parcours biographique et familial.

Nous avons séparé les points positifs et négatifs perçus par les médecins de ce mode d'exercice.

Le guide d'entretien a été testé en situation réelle sur deux médecins généralistes employés en centre de santé. Le guide d'entretien était suffisamment clair. Nous n'avons donc pas réalisé de changement après ces deux entretiens. Nous avons inclus dans l'étude ces deux tests.

Les entretiens ont été enregistrés via application smartphone. Ils ont ensuite été retranscrits intégralement à l'écrit et anonymisés. Nous avons réalisé un entretien test en présentiel dans le CDS où exerce le médecin et un second en distanciel via visioconférence. Nous avons estimé l'entretien en distanciel d'aussi bonne qualité qu'en présentiel. Nous avons donc continué les autres entretiens en distanciel. Deux entretiens ont été réalisés par téléphone du fait d'une absence de maniabilité et d'équipement de ces deux médecins. Ils ont été inclus dans l'étude. Les entretiens ont été réalisés entre le 9 février et le 30 mars 2022. Nous avons mis une durée maximale d'entretien de 30 minutes.

Le guide d'entretien utilisé a été le suivant :

1. Pour commencer, merci de vous présenter.

Questions de relances :

- Âge
- Situation familiale
- Situation du conjoint : déterminant dans votre choix ?
- Temps de trajet

2. Pouvez-vous me parler de votre parcours ?

Questions de relances :

- Choix de la médecine ? De la médecine générale ?

- Précédentes expériences professionnelles ?
- Autres activités ?

3. Pouvez-vous me décrire votre début au sein du centre de santé ?

Questions de relances :

- Découverte de cette forme de pratique ? De ce centre de santé ?
- L'embauche ?
- Déroulement de l'installation ?
- Relation avec employeur ?

4. Pouvez-vous me décrire votre organisation au sein du centre ?

Questions de relances :

- Horaires ? Nombres de consultations par jour ?
- Décrivez-moi une journée type ?
- Administratif ? répartition des tâches ? Permanence des soins ? Gardes ? Visites à domicile ?
- Mode de rémunération ? Avantages sociaux ?

5. Qu'est-ce qui vous motive à pratiquer ce mode d'exercice ?

Questions de relances :

- Plan professionnel
- Plan personnel

6. Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de ce mode d'exercice ?

Questions de relances :

- Points positifs
- Points négatifs

7. Est-ce que vous vous voyez vieillir ou terminer votre carrière dans un centre municipal de santé ?

8. Avez-vous des choses à ajouter que nous n'avons pas abordé ?

EVALUATION

Pour évaluer les résultats nous avons réalisé une analyse manuelle par regroupement thématique des données en fonction de chaque question principale et des questions de relances.

Les entretiens ont donc été découpés de manière transversale afin de regrouper par thème les éléments de chaque entretien. Cette analyse thématique, par ce découpage, a permis de défaire la singularité du discours. Nous avons donc cherché une cohérence thématique inter-entretiens tout en suivant la trame du guide d'entretien. (16) Cette trame a été notre feuille de route pour l'analyse des données.

Nous avons constaté une saturation des données à l'issue du 9ème entretien. Les entretiens 10 et 11 n'ont pas apporté d'éléments supplémentaires. Ils ont confirmé la saturation des données.

RÉSULTATS

Onze médecins généralistes, 5 femmes et 6 hommes, âgés de 28 à 73 ans, ont été inclus. Les entretiens ont durés en moyenne 16 minutes. Les caractéristiques des participants et la durée des entretiens sont précisés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : caractéristiques de la population

	Sexe	Âge	Situation matrimoniale	Enfant(s)	Ancienneté dans le CDS	Temps de travail	Type de gestionnaire du CDS	Durée de l'entretien
E1	F	29	En couple	Non	3 mois	TC (35h)	Municipal	15
E2	H	50	En couple	Non	3 ans	TC (38h)	Municipal	17
E3	H	70	En couple	Oui	9 mois	TC (35h)	Municipal	11,5
E4	F	45	En couple	Oui	10 mois	TC (35h)	Municipal	18
E5	H	73	Célibataire	Oui	5 mois	MT (variable)	Départemental	22
E6	H	45	En couple	Oui	2 ans	MT (20h)	Départemental	15,5
E7	F	56	Célibataire	Non	2 ans	MT (23,5)	Départemental	11
E8	H	70	En couple	Oui	16 mois	MT (variable)	Départemental	15,5
E9	H	52	En couple	Oui	6 mois	TC (variable)	Départemental	18
E10	F	28	En couple	Non	5 mois	MT (20h)	Municipal	17,5
E11	F	28	En couple	Non	5 mois	MT (18,5h)	Municipal	19,5

E : entretien, F : femme, H : homme, TC : temps complet, MT : mi-temps, âge en années, temps de travail au sein du CDS en nombre d'heures par semaine, durée des entretiens en minutes.

Parmi les onze médecins généralistes, quatre sont à temps plein, soit un peu moins d'un tiers, indifféremment du sexe (deux hommes et deux femmes). Les sept autres médecins sont soit à mi-temps, soit à temps variable d'une semaine à l'autre.

1. Présentation des médecins

1.1. Âge

Nous remarquons que trois des onze médecins interrogés ont moins de 30 ans.

Par ailleurs, trois médecins sur onze ont plus de 70 ans.

Les cinq autres médecins ont entre 45 ans et 56 ans.

Tableau 2 : âge des médecins de l'étude

< 30 ans	Entre 30 et 45 ans	Entre 45 et 56 ans	Entre 56 ans et 70 ans	> 70 ans
E1 : "29 ans"		E2 : "50 ans"		E3 : "70 ans"
E10 : "28 ans"		E4 : "née en 1977"		E5 : "73 ans"
E11 : "28 ans"		E6 : "45 ans"		E8 : "70 ans"
		E7 : "56 ans"		
		E9 : "52 ans"		

1.2. Situation familiale

Neuf des onze médecins interrogés sont en couple : E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E11.

Sept médecins sur onze ont des enfants : E2, E3, E4, E5, E6, E8, E9.

1.3. Situation du conjoint : déterminant dans votre choix ?

Deux médecins affirment que la situation du conjoint a été déterminant dans le choix de la pratique salariée en CDS :

E4 : *"mon mari a un travail qui l'amène à voyager pas mal, à être souvent absent de notre domicile et il me semblait important pour la stabilité de notre famille d'avoir un exercice qui me permettait d'assurer un peu plus une présence au domicile."*

E10 : *"j'ai dû le rejoindre et il fallait que je trouve un travail rapidement et facilement. Et finalement le centre de santé a été la réponse la plus facile".*

1.4. Temps de trajet

Six médecins sur onze ont un temps de trajet domicile - travail inférieur à 30 minutes : **E1, E2, E3, E4, E7, E11** :

E4 : *“Moins d’1 km.”*

E11 : *“5 minutes à vélo !”*

2. Parcours des médecins

2.1. Choix de la médecine ? De la médecine générale ?

L’aspect polyvalent de la spécialité de médecin généraliste est manifesté dans ce choix de carrière :

E1 : *“ma vision du médecin c’est le médecin qui sait un peu tout, un peu tout gérer”*

E2 : *“alors j’ai fait un stage de premier niveau qui m’a permis de conforter mon choix pour la médecine générale de par la variété de population, types de situations”*

E6 : *“le côté un peu diversifié de la chose”*

E10 : *“Le fait que ça soit quelque chose général, de prise en charge complète du patient”*

E11 : *“Je n’arrivais pas à choisir une seule spécialité et donc...”*

Le souhait de ne pas travailler en hospitalier mais plutôt en ambulatoire est décrit : **E1, E2, E9, E10, E11** :

E1 : *“moi je voulais vraiment partir de l’hôpital”*

E9 : *“je continuais de faire de la médecine générale en cabinet [...] et c’est ça qui me plaisait donc j’ai rejoint cette filière-là.”*

Le souhait de travailler à la fois en ambulatoire et en tant que salarié est démontré :

E2 : *“un des facteurs déterminant [...] qui me faisait hésiter pour la médecine générale, c’est qu’à ce moment-là, il n’était pas possible d’être salarié [rire] enfin d’exercer la médecine générale et d’être salarié”*

Venir d’une condition modeste est décrit par un des médecins dans le choix de la médecine :

E5 : *“je suis de condition modeste”*

Être entouré sur le plan familial par le monde médical dans l’enfance a été déterminant pour un des médecins :

E11 : *“ça a été un peu une évidence, j’avais une marraine qui était infirmière donc depuis toute petite j’entendais parler du milieu médical.”*

Un médecin nous dit que la réussite scolaire a fait pencher la balance dans le choix d’être médecin :

E11 : *“après comme ça se passait bien pendant mes études, j’ai décidé de faire médecine.”*

Deux médecins expliquent que le choix de carrière de médecin généraliste était une évidence, notamment par le fait d’avoir de multiples formes de pratiques possible :

E8 : *“La médecine générale en générale, je veux dire pour moi depuis que j’ai commencé ma médecine je voulais être généraliste. Pour moi, c’était la seule vraie médecine.”*

E10 : *“qu’on ait en fait un choix très très large de travail.”*

2.2. Précédentes expériences professionnelles ?

Deux médecins ont directement rejoint un CDS après leur internat :

E10 : *“je suis docteur en médecine générale depuis novembre 2021 [...] je travaille au centre de santé de [nom de ville] qui a ouvert récemment.”*

E11 : *“Je suis médecin généraliste installée à mi-temps en centre de salariat depuis novembre, depuis la fin de mon internat.”*

Deux médecins ont réalisé des remplacements après leur internat avant de s’installer en tant que médecin salarié en CDS sans passer par l’installation en libérale :

E1 : *“ensuite j’ai fait des remplacements dans le Val-de-Marne 94 [...] c’était des remplacements en cabinet libéral puis après je suis arrivée là”*

E7 : *“J’ai commencé par des remplacements [...] quand j’ai eu vent de création de centre de santé [...] j’ai postulé là-bas”*

Un médecin nous décrit avoir été remplaçant puis médecin généraliste libérale puis salarié en CDS :

E6 : *“7 ans de remplacement, 7 ans de médecine générale libéral et depuis 2 ans de médecine salariée.”*

Un médecin nous explique s’être installé en libéral directement à la fin de son Internat :

E3 : *“après 4 ans d’internat, des médecins généralistes de [nom de la ville] m’ont proposé de m’installer avec eux. C’est ce que j’ai fait [...] j’ai exercé 40 ans dans un cabinet de groupe en ville”*

Un médecin a été collaborateur d'un autre médecin installé en libéral avant de devenir médecin salarié en CDS :

E4 : *“dans un premier temps j'ai été collaboratrice. Je me suis investie dans un pôle de santé”*

Un médecin a eu un exercice mixte : salarié et libéral :

E5 : *“J'ai travaillé comme généraliste à [Nom de ville] et comme médecin du travail à temps partiel”*

Un médecin a été médecin militaire avant d'intégrer un CDS :

E2 : *“J'étais médecin militaire pendant très longtemps [...] Je partais 4 à 6 mois en mission”*

Un médecin a été libéral puis salarié hospitalier avant de pratiquer en CDS :

E8 : *“J'ai exercé 22 ans en médecine libérale et 20 ans après comme médecin hospitalier dans un service de soins de suites et de médecine polyvalente privilégié vers la gériatrie”*

Un médecin a été salarié hospitalier en tant que médecin urgentiste avant de pratiquer en CDS :

E9 : *“j'ai été urgentiste pendant très longtemps. [...] j'ai rejoint l'exercice de la médecine générale depuis 1 année”*

Seulement 1 médecin avait déjà travaillé dans un autre CDS avant l'entretien :

E7 : *“j'avais déjà l'expérience du travail dans un CDS”*

2.3. Autres activités ?

Quelques médecins nous ont décrit des activités annexes de leur pratique de médecin salarié en CDS : **E3, E7, E8, E9, E10** :

E7 : *“aidante familiale”*

E8 : *“des cours à l'école du Louvre, l'histoire de l'art à l'école du Louvre”*

3. Début au sein du Centre De Santé (CDS)

3.1. Découverte de cette forme de pratique ? De ce centre de santé ?

La plupart des médecins ont découvert les CDS par des encarts publicitaires des conseils départementaux ou des mairies : **E1, E6, E7, E9** :

E1 : *“je suis tombée sur une annonce de la maire qui parlait du centre de santé [...] ça ne coûtait rien d’aller la rencontrer”*

E9 : *“Et c’est sur le site... je regardais les annonces pour voir un peu ce qui était proposé dans [nom du département] et je suis tombée sur l’annonce du département”*

Quelques médecins qui s'apprêtaient à prendre leur retraite ont directement été contacté par les CDS :

E3 : *“Je m'apprêtais à prendre ma retraite [...] ils ont ouvert un centre de santé, ils m’ont demandé si j’étais intéressé pour venir y travailler et j’ai dit oui.”*

E5 : *“Le docteur [Nom], qui est l’ancien patron du SAMU qui a créé via le conseil départemental des antennes pour lutter contre la pénurie de médecins et m’a proposé de travailler avec eux à temps partiel.”*

Un seul médecin a découvert cette forme de pratique durant l’internat par l’intervention d’un médecin lors de réunions avec des internes :

E11 : *“lorsqu’il y avait le projet du centre de santé sur [nom de la ville où est le CDS], il y avait l’un des médecins généralistes qui, pour le coup, été installé en libéral, qui avait un peu fait la pub de cette pratique là pendant les réunions qu’il y avait avec les internes”*

Un seul des médecins avait réalisé un stage en CDS durant l’internat :

E1 : *“j’avais fait un stage, moi, en centre de santé pendant mon internat”*

3.2. L'embauche ?

Pour la majorité des médecins l’embauche s’est déroulée de manière relativement simple : **E5, E6, E7** :

E5 : *“ça a été assez facile parce que c’est dans le département où j’exerçais avant, donc j’avais pignon sur rue. Donc on m’a pris assez facilement.”*

E7 : *“j’ai rencontré la directrice du centre qui m’a fait visiter les différents locaux. [...] j’ai visité au mois de mai donc rien n’était mis en route encore. Et donc elle m’a fait visiter puis j’ai eu un autre rendez-vous entretien-présentation avec le directeur médical [...] Donc voilà ça s’est fait comme ça”*

3.3. Déroulement de l’installation ?

Pour une partie des médecins l’installation n’a pas été évidente voire même compliquée pour certains : **E3, E4, E9, E10** :

Deux médecins, dont un ayant longuement exercé en libéral, nous expliquent, que sur le plan de l'administration ça n'a pas été simple. Deux autres médecins déclarent avoir été peu informés sur le fonctionnement du CDS avant leur installation :

E3 : *“au début, c'était un peu compliqué parce que lorsqu'on a toujours été libéral et qu'on se trouve dans une structure administrative, on subit le poids des lourdeurs administratives et je vous assure qu'il y en a beaucoup, notamment dans le choix du matériel dans le délai pour obtenir ce qu'on demande. Pour exemple, pour avoir des embouts d'otoscope, il a fallu attendre 3 mois parce que ça passe par une commission, faut que ce soit un budget, faut que ce soit budgété, faut que ce soit approuvé, faut que ça redescende...”*

E10 : *“On ne m'a pas vraiment présenté. Il n'y a pas eu un temps d'accueil dédié en fait. Enfin, moi je m'attendais à ça enfin après voilà... Et aussi parce que c'est un centre nouveau qui peine à débiter. Et du coup, c'était plus compliqué que prévu quand je suis arrivé. Il manquait du matériel, euh... mais ça été vite résolu.”*

Il est néanmoins décrit que malgré une installation parfois compliquée, les avantages du salariat en CDS prennent le dessus :

E10 : *“mais finalement il y a tellement d'autres avantages que je... je changerai pas pour autant.”*

Trois médecins nous décrivent une installation sans particularité voire même s'étant bien déroulée :

E1 : *“il y avait un afflux important dès le début, donc là j'ai pas à me plaindre, honnêtement, du boulot”*

E6 : *“une installation rien de particulier c'est-à-dire un cabinet médical, tout ce qui avait de plus classique”*

E8 : *“Très bien, je veux dire parfait, je veux dire, moi réellement, ça a été merveilleux dès le premier jour quoi.”*

3.4. Relation avec employeur ?

La relation avec l'employeur est globalement bonne pour la grande majorité des médecins : **E4, E5, E6, E7, E8** :

E4 : *“globalement elles sont plutôt bonnes.”*

E6 : *“Euh.. elle est excellente !”*

E7 : *“c'est quelqu'un de vraiment à l'écoute et... et... adaptable en fait. Nous aussi on s'adapte mais elle, elle s'adapte surtout à nos demandes.”*

Deux médecins expliquent que la qualité relationnelle avec l'employeur relève de l'investissement qui est mis dans le CDS sur le plan matériel et humain :

E1 : *“Elle arrivait à comprendre l'intérêt de mettre des sous dans le centre, de laisser un peu de liberté au médecin, de ne pas imposer des créneaux pour le rendement et cetera.” [en parlant de la maire]*

E9 : *“Très bonne ! [rires] Il y a une véritable bienveillance envers l'équipe des médecins. C'est-à-dire, on essaie de leur faciliter la tâche. On leur donne des outils et des moyens. Un support technique, un support humain, une assistance et surtout des réunions d'équipe entre les différents docteurs et les équipes de secrétariat et d'assistant”*

La lourdeur de l'administration pouvant créer des tensions et des frustrations avec les employeurs est néanmoins décrite :

E4 : *“On voit bien qu'il y a tout ce qui concerne l'administration qui demande pour certaines choses du temps et ça peut générer des frustrations.”*

E10 : *“Euh, donc chez nous c'est pas évident, on a une directrice. En fait, au-dessus, il y a un deuxième directeur de la commune. Et en plus au-dessus, il y a les élus municipaux. Et finalement, on a l'impression qu'ils ne communiquent pas bien ces différents acteurs ou du moins qu'il y a des guerres de chefs qu'on ne maîtrise pas. Et ça c'est peut être aussi ce qui est un peu dommage parce que ça retentit par exemple on veut faire des commandes de certains matériels. Et en fait, c'est bloqué, on sait pas où parce qu'il n'y a pas d'argent ou parce que ce n'est pas la priorité. Et ça, ils ne sont pas très transparents là-dessus, je pense pour des raisons politiques. [...] Comme ce qu'on a pu connaître à l'hôpital finalement.”*

Un médecin décrit que le changement d'employeur a pu détériorer les relations médecins-employeur :

E11 : *“Compliqué [sourire]. Euh, nous c'est un peu particulier parce que c'était une coopérative qui organisait, qui faisait cette fonction de salariat qui avait ouvert le centre mais c'était un peu en lien avec la mairie. Et là, actuellement, c'est la mairie qui a repris la suite. Et donc, là c'est beaucoup plus difficile. Ils n'ont pas l'habitude. Donc les rapports sont un peu complexes.”*

4. Description de l'organisation du CDS

4.1. Horaires ? Nombres de consultations par jour ?

Dans notre échantillon nous avons un peu moins d'un tiers des médecins à temps pleins avec une part égale d'homme et de femme : **E1, E2, E3, E4** :

E2 : *“38 heures/semaine”*

E4 : *“Moi j'exerce à temps plein. Euh... j'exerce 4 journées”*

Nous constatons qu'une majorité des médecins inclus dans l'étude sont à mi-temps. Nous constatons que c'est par choix : **E6, E8, E9, E11** :

E6 : *“j’ai choisi de bosser sur 10 heures de temps sur 2 jours*

E9 : *“A la carte ! C’est-à-dire, je suis arrivé pour être embauché, j’ai dit : bah voilà, moi j’habite Paris pour le moment et j’ai besoin d’un temps partiel”*

Deux médecins nous décrivent la flexibilité de choisir ses horaires voire de les réduire si besoin :

E7 : *“j’ai réduit du fait que je suis devenu aidante principale. J’étais à 80%, je suis passée à 60% de temps de travail, donc sur 2 journées et demi, des journées de 9 heures. Là ça fait 23h30”*

E9 : *“avec des horaires qui me permettent de prendre le train [...] j’ai des horaires aménagés en fonction de mes contraintes personnelles en fait.”*

La plupart des CDS Bas-Normand n'imposent pas 15 minutes de temps de consultation par patient mais 20 minutes.

E2 : *“consultations de 20 minutes”*

E3 : *“on reçoit un patient toutes les 20 minutes en moyenne.”*

Le temps de consultation de 20 minutes par patient est décrit comme plus confortable et agréable sur le plan professionnel :

E6 : *“à 20 minutes de consultations. Donc l’avantage c’est que..., alors, c’est beaucoup plus sympathique que les 15 minutes réglementaires.”*

Cependant, il arrive parfois que dans certains centres, il y ait moins de flexibilité et qu’il y ait une pression des employeurs :

E10 : *“j’ai des consultations de 20 minutes officiellement, je me rajoute une pause mais la directrice m’a fait comprendre qu’à terme il faudra enlever les pauses et faire des consultations de 15 minutes parce que ça serait un choix des élus, plus de rentabilité du centre.”*

Les créneaux de 20 minutes sont justifiés par un des médecins par le fait que la patientèle de certains CDS se veut plus précaire, parfois en errance médicale et donc plus complexe nécessitant plus de temps de consultation :

E11 : *“avec des créneaux de consultations de 20 minutes par patient parce qu’on a une patientèle un peu plus complexe, plus précaire”*

Pour la majorité des médecins inclus dans l’étude, le nombre de consultation par jour est compris entre 20 à 25 consultations : **E4, E6, E8, E11** :

E4 : *“j’ai entre 22 et 25 consultations par jour”*

E8 : *“Et bon en moyenne on voit 20, 22, 24 personnes par jour”*

La liberté du choix du nombre de consultation par jour est décrite par un des médecins :

E1 : *“Je fais ce que je veux, après on verra dans 5 ans”*

4.2. Décrivez-moi une journée type ?

La majorité des médecins termine leur journée autour de 18-19 heure : **E4, E5, E10** :

E5 : *“Je reprends à 14h jusqu’à 18h20 “*

E10 : *“mes consultations s’arrêtent à 18h40”*

Un médecin explique l’importance d’avoir des horaires fixés par un contrat par rapport aux demandes des patients et des rajouts de fin de journée :

E1 : *“Tu fais tes horaires et après tu ne peux pas dépasser tes horaires donc ça c’est vraiment pratique [...] Sinon tu te fais vite déborder par les demandes, par les patients qui veulent des rendez-vous”*

Quelques médecins nous décrivent un temps administratif non inclus dans leur salaire horaire : **E3, E4, E10** :

E3 : *“Alors, moi j’arrive tôt le matin mais par habitude. [...] les consultations ne commencent vraiment qu’à 8h30. Donc pendant l’heure qui précède, je fais mes courriers, je fais mes..., mes... scanners les différents dossiers, travailler les différents dossiers, un petit peu de formation et puis après je commence la consultation lorsque les secrétaires arrivent.”*

E4 : *“Je commence à 8h30, j’arrive un peu plus tôt en fait pour lire le courrier, le scanner tout ça.”*

E10 : *“les autres médecins, j’ai vu, ils font ça chez eux, ils débordent chez eux.”*

Cependant, dans certains CDS, un temps de coordination médical et de gestion des examens complémentaires est intégré dans les horaires payés :

E9 : *“il y a du temps qui est dédié pour ce qu’on appelle les tâches administratives mais qui ne sont pas vraiment administratives qui sont plus médicales, c’est-à-dire, consultation, réception des courriers de correspondant et la bio quoi.”*

E11 : *“on a des temps administratifs qui sont... j’ai un temps de 20 minutes le matin et 20 minutes l’après-midi. Euh, et en fait, c’est chacun qui organise son temps administratif en fonction de ce dont on a besoin.”*

4.3. Administratif ? Répartition des tâches ? Permanence des soins ? Gardes ? Visites à domicile ?

Une place importante d'une secrétaire expérimentée et formée est expliquée par certains médecins : **E1, E3, E4, E5, E7, E8, E9 E10** :

E1 : *"là c'est vrai que tu as la secrétaire qui filtre énormément et là elle a l'expérience donc en plus elle me demande pas systématiquement. Elle arrive à dire non aux patients. Si vraiment il y a un patient qui a besoin, elle discute avec moi et ce qui permet que je tiens mes horaires, ça c'est super ! Donc c'est elle qui gère tout ce qui est rendez-vous, planning, gestion des fournitures. Même rappeler des patients parce que je reçois une prise de sang qui n'est pas normal qui demande un complément de prise de sang, c'est elle qui s'occupe de rappeler les patients, c'est elle qui s'occupe de prendre les rendez-vous si j'ai besoin d'un rendez-vous neurologue pour le patient c'est elle qui va appeler le secrétariat, organiser tout ça. C'est vrai que ça dégage énormément de temps patient donc ça c'est top"*

E7 : *"les tâches administratives on a un secrétariat, une secrétaire [...] On a vraiment que de l'exercice médical en fait. [...] mais tout ce qui est facturation, tout le reste, c'est les secrétaires. On ne fait aucune facturation."*

E9 : *"il y a un secrétariat, quelqu'un qui accueille les patients et qui s'occupe de toutes les démarches administratives, création du dossier, enregistrement des papiers administratifs, mutuelles et autres et cetera, euh... l'état civil..."*

Dans l'ensemble des CDS un poste de coordinateur administratif, parfois réalisé par la directrice du centre elle-même, est dédié au côté administratif : **E1, E3, E4** :

E1 : *"elle fait tout ce qui est administratif. Par exemple, si mon logiciel bug c'est elle qui s'occupe d'appeler le service après-vente. C'est elle qui gère toute l'administration en fait, la compta tout ça."*

E3 : *"on a une directrice, qui gère tout ce dont on a besoin au niveau organisationnel. [...] on lui a donné la charge de gérer le centre de santé, ce qui fait qu'au début ça n'a pas été très facile. Euh, elle est directrice, elle coordonne le travail, l'approvisionnement en matériel, le travail des secrétaires, les plannings et tout ça."*

Une part d'administratif médical reste à réaliser par le médecin :

E4 : *"En ce qui concerne l'administratif, par exemple les demandes de prise en charge à 100%, enfin, l'administratif médical on va dire, c'est nous qui le faisons"*

Les consultations du jour, dites urgentes, sont assurées en collaboration avec les autres médecins du CDS car les patientèles sont partagées :

E4 : *"Ayant des dossiers partagés, un logiciel commun, ça pose pas de problèmes particuliers et on a des plages de consultations pour les demandes de soins ressenties comme urgentes ou urgentes. En fait, on a chacun une demi-journée par semaine pour absorber les consult... ce qu'on appelle les consultations du jour : angine, cystite..."*

Les visites à domicile sont organisées pour la plupart des CDS à l'image des pôles de santé libéraux. C'est-à-dire que dans certains CDS il y en a peu, dans d'autres une plage d'une demi-journée y est dédiée : **E5, E6, E7** :

E5 : *“On en fait très peu. On en a très peu. On fait les visites en EHPAD. Moi j'en ai pas. Euh... et visites à domicile on en a, aller, 2 à 3 par semaine”*

E6 : *“On fait des visites parce qu'on a une population qui est très très vieillissante et puis souvent isolée. Du coup, visite à domicile, là on a réarrangé un petit peu le planning, mais moi je faisais ça en début d'après-midi donc le souci des visites à domicile avec le temps de trajet et surtout des trajets qui sont assez longs, parce que ce ne sont pas des trajets intra-muros, bah des fois on voit 2 patients, on a vu 2 patients en 2h30. Euh... donc c'est sûr que ce n'est pas d'une rentabilité folle mais bon vu que c'est quand même l'une des missions du CDS”*

Pour les visites à domicile, un médecin précise qu'il n'a pas de voiture de fonction pour les réaliser :

E11 : *“On a pas de voiture de fonction. On y va avec nos voitures personnelles, plus ou moins assurées par la mairie mais avec nos frais quoi.”*

Des réunions d'équipes sont organisées dans certains CDS :

E11 : *“on a aussi une réunion d'équipe une fois par semaine pour parler de... faire une espèce de réunion médicale parce que il y a une sage-femme aussi et une infirmière ASALE dans l'équipe, une pédiatre aussi, donc on fait des points un peu tous ensemble sur les dossiers complexes ; une semaine sur deux c'est plus de l'organisation avec les représentants de la mairie pour parler des difficultés plus globale quoi.”*

4.4. Mode de rémunération ? Avantages sociaux ?

La majorité des médecins sont salariés de la fonction territoriale : **E1, E4, E6, E7, E10, E11** :

E1 : *“tu es salarié et tu es de la fonction territoriale. [...] tu as 3 ans de CDD renouvelable une fois puis après un CDI.”*

E4 : *“j'ai un salaire fixe [...] j'ai un CDD de 3 ans”*

Deux médecins nous décrivent le confort d'avoir un salaire fixe avec charges sociales et prélèvements à la source déjà déduits de la fiche de paie :

E6 : *“L'autre gros avantage que je vois c'est le salaire qu'on a en bas de la page correspond, j'allais dire, vraiment le tout compris, le all inclusive [...] Donc là, en fait, les choses sont on ne peut plus claires.”*

E3 : *“L’avantage c’est qu’on a un salaire et qu’on est libéré des contraintes... des contraintes de cotisation de CARMF, de cotisation d’URSSAF, de déclarations fiscales donc c’est quand même relativement simple par rapport à ça.”*

Néanmoins, le même médecin nous dit qu’au final les déclarations fiscales, ne sont pas si compliquées que ça avec de l’habitude :

E3 : *“Euh, même si finalement c’est pas si compliqué que ça quand on a l’habitude”*

Plusieurs médecins nous décrivent les avantages sociaux du salariat :

E1 : *“si tu tombes malade, tu es payé, tu n’as pas les jours de carence”*

E10 : *“là j’ai une collègue qui est enceinte [...] elle a quand même des avantages par rapport à ça. [...] elle peut prendre tous ses congés [...] qu’elle n’aurait pas en libéral ou en remplacement.”*

E6 : *“on a une cotisation retraite”*

E11 : *“on a des congés payés aussi, des RTT donc ça c’est plutôt bien.”*

Concernant les assurances complémentaires et responsabilités civiles professionnelles, quelques médecins nous expliquent qu’elles sont incluses dans leur contrat mais qu’ils les considèrent incomplètes :

E10 : *“la mairie peut nous prendre en charge une partie de notre mutuelle mais il faut qu’on soit sur une mutuelle reconnue au niveau des fonctionnaires.”*

E11 : *“on nous a proposé une mutuelle aussi.”*

E11 : *“on a une RCP employeur du coup, en complément d’une RCP perso, qu’on a négociée parce que c’était compliqué avec la mairie de l’avoir notamment pour ce qui était actes de suture, actes de gynéco, ça aussi c’était un peu difficile on a dû négocier pour que ça rentre dans la RCP puisque c’est une assurance complète pour la mairie donc ce n’était pas tout à fait inclus dans tout ça.”*

Pour ce qui est de la cotation, c’est le médecin qui transmet au secrétariat s’il y en a des cotations particulières :

E11 : *“c’est nous qui disons aux secrétaires s’il y a des cotations particulières”*

A propos des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP), c’est l’employeur qui les touche directement :

E11 : *“c’est la mairie qui est censée toucher les ROSP pour pouvoir, bah en gros, payer les charges et nos salaires”*

5. Motivations à la pratique de médecin salarié en CDS

5.1. Plan professionnel (extrinsèque)

L'importance du temps-patient accordé par ce système de salariat en CDS est souligné : **E1, E2, 29, E11** :

E1 : *“C'est vrai que ça dégage énormément de temps patient donc ça c'est top”*

E9 : *“ce qui est important, c'est qu'une fois que le patient est dans le cabinet, on a que du temps médical en fait. On est pas dispersé à enregistrer la mutuelle, la carte vitale, à faire la facturation puisqu'en fait lorsque le patient ressort c'est la secrétaire qui s'occupe de la facturation aussi. Les 20 minutes de consultations qui sont dédiées à chaque patient sont vraiment médicales. On est pas parasité par la comptabilité, par l'administratif, par la facturation et tout ça. Donc ça c'est très agréable”*

Ce qui permet de se concentrer uniquement sur la médecine, le cœur du métier : **E4, E6, E8, E10** :

E4 : *“Moi ce qui m'intéresse c'est l'exercice médical, et là je m'y retrouve complètement.”*

E6 : *“moi j'fais mon métier, ce que je sais faire, ce qu'on m'a appris lorsque j'étais interne”*

L'absence de gestion financière est appréciée : **E1, E2, E3, E5, E8** :

E1 : *“je ne suis pas concentrée sur les rentrées d'argent. [...] je suis vraiment concentrée sur la médecine. Tu ne penses pas à tout ce qui est financier en fait.”*

E2 : *“et qui me permettait également de m'affranchir un peu de la partie libérale... euh... facturations mais pas que finalement, toute la partie argent qui rentre, argent qui sort ; ce genre de contraintes”*

L'absence de gestion administrative pour le médecin est notifiée par la majorité des médecins : **E3, E6, E7, E11** :

E3 : *“on ne touche moins aux paperasses et ça c'est quand même assez confortable.”*

E6 : *“c'est la liberté complète, l'absence de contraintes administratives. Moi j'ai fait un burn out administratif. [...] pour moi c'était catastrophique.”*

E11 : *“Et par rapport au fait de s'installer en libéral, euh bah ça demande une charge administrative beaucoup moins importante. Il n'y a pas besoin de réfléchir à comment on déclare les impôts ? Quelles sont les démarches pour s'installer ?”*

Le fait de ne pas courir après les actes pour faire du chiffre nous est expliqué par un des médecins :

E9 : *“Là nous on court pas après les actes”, “cet espèce d'aspect régulier et qui n'est pas, du coup, conditionné par le gain ou le chiffre d'affaires”*

Des horaires fixes apportent un cadre à la fois pour le patient et pour le médecin : **E1, E7, E8, E9** :

E9 : *“Il y a un côté très régulier des horaires. C’est des horaires qui sont cadrés.”*

E8 : *“quand on a des demandes un petit peu particulières ou des horaires ou autres, on peut tout à fait... J’allais dire, moduler un petit peu les horaires. A partir du moment où on a un quota horaire, les choses sont claires quoi.”*

E9 : *“je pense que dans le contexte qui est nécessaire dans l’éducation des patients, c’est extrêmement important que eux aussi est un cadre. C’est-à-dire, c’est ouvert de telle heure à telle heure. [...] les patients comprennent aussi qu’on est pas corvéable à merci et qu’il y a des horaires de la même manière que tout le reste qui gère leur vie quoi.”*

L’avantage des congés payés est mis en avant :

E9 : *“Après il y a des jours de congés qui sont des congés payés, c’est-à-dire, que lorsqu’on prend des congés, bah on se dit pas : mince je ne travaille pas donc je ne gagne pas d’argent.”*

E11 : *“on a des congés payés”*

L’avantage d’être salarié dans un CDS à temps-partiel, sans se préoccuper de la gestion des frais fixes de fonctionnement du centre, est vécu comme avantageux :

E7 : *“Et puis le fait, oui de pouvoir travailler à temps partiel aussi.”*

Le fait d’avoir une patientèle plus complexe et parfois plus lourde sur le plan médical est apprécié par un des médecins :

E2 : *“Souvent des patients un petit peu lourds, un petit peu complexes, un petit peu perdus et que nous on s’autorise à suivre y compris lorsqu’ils ne viennent pas parfois à leur rendez-vous parce que ce sont des patients un peu compliqués. Bah en fait, pour nous on peut continuer à les suivre, en tout cas de laisser une porte ouverte”*

Le centre multidisciplinaire et le travail d’équipe permis par les CDS sont soulignés : **E2, E7, E10** :

E2 : *“je suis un médecin militaire, donc j’ai un peu une culture du travail collaboratif en équipe avec différent professionnel de santé donc une structure multidisciplinaire me parlait bien”*

E10 : *“On travaille en équipe, j’ai pas un statut de remplaçante. Voilà, je suis vraiment reconnue comme un des membres de l’équipe.”*

Des formations organisées directement par le gestionnaire du CDS est une des motivations de pratique de la médecin salariée en CDS :

E5 : *“on a une formation continue organisée par notre patron, un jeudi par mois toute la journée”*

E7 : *“on bénéficie de formations une fois par mois dispensées par les spécialistes du département.”*

L'importance du projet de prévention proposé par les CDS est soulignée par un des médecins :

E2 : *“c'était de pouvoir aller sur des projets à la fois de soins mais également des thématiques de prévention puisque ça faisait partie de ce qui nous est demandé en centre de santé.”*

L'importance de pouvoir prendre en charge des patients en errance médicale :

E2 : *“Et puis, nous en tant que centre de santé, on est identifié un peu comme ça, un interlocuteur privilégié par la CPAM pour des patients qui étaient en rupture de soin depuis longtemps. Donc ils nous avaient adressés des patients qui étaient un petit peu en errance médicale, ça me paraissait intéressant comme projet de pouvoir les prendre en charge.”*

Un médecin estime que c'est la médecine générale de demain :

E9 : *“La médecine salariée, c'est pour moi, la médecine qui devrait s'imposer dans les années à venir, parce que je pense que : il y a énormément d'avantages, peu d'inconvénients finalement.”*

Des notions concernant la pratique salariée en CDS sont spontanément mises en comparaison par rapport à la médecine ambulatoire libérale par plusieurs médecins :

E3 : *“ça n'égale pas la souplesse du libéral.”*

E3 : *“Alors qu'en libéral vous commandez, vous l'avez le lendemain.” (en parlant des spéculums auriculaires)*

E4 : *“on est amené de plus en plus à travailler dans des pôles de santé qui demandent un investissement personnel pour des tâches non médicales qui est très conséquent [rire] et qui n'est pas rémunéré, ou très peu”*

E4 : *“bah moi en tant que libéral je voyais bien parfois j'avais des demandes de consultation à 19h30 qui n'étaient pas forcément justifiées. Je savais que j'allais être payé. Je faisais ces consultations. Je pense que ça n'apportait pas forcément grand-chose au patient si ce n'est la satisfaction de consulter tout de suite. Je pense que ça contribue au consumérisme médical qui n'est pas forcément très sain.”*

5.2. Plan personnel (intrinsèque)

Une rémunération attractive est soulignée par deux médecins :

E1 : *“La rémunération qui a été très attractive ici.”*

E10 : *“maintenant que j’y suis, je me rends compte que j’ai quand même une très bonne rémunération”*

Une absence d’investissement financier est un argument de motivation de cette forme de pratique :

E1 : *“là si ça marche pas je m’en vais je vais ailleurs et ça ne coûte rien”*

E11 : *“on est pas obligé de s’engager non plus trop longtemps. Moi quand je me suis installée j’avais déjà dit que c’était pour une courte durée [...] parce que j’avais un truc personnel de partir en année sabbatique l’année prochaine [...] je n’aurais jamais pu faire ça en m’installant en libéral parce que je n’aurais pas pu prendre une patientèle et partir au bout d’un an quoi.”, “c’est le fait de pouvoir, de pouvoir partir l’année prochaine sans être trop attaché à une patientèle précise.”*

Un médecin à la retraite nous explique que ça lui permet de continuer la médecine au même titre qu’un hobby sans forcément faire un investissement financier :

E8 : *“comme je m’embêtais un peu à la retraite, c’était l’occasion et puis comme je n’ai pas de hobbies particuliers, la médecine je sais faire.”*

Le cadre proposé par les CDS avec des horaires fixes est un argument de motivation à la fois sur le plan professionnel mais aussi sur le plan personnel et familial :

E1 : *“tu sais que à 19h30 tu es chez toi, tu es rentré.”*

E2 : *“l’intérêt d’avoir un exercice un petit peu mieux cadré aussi pour les contraintes personnelles en ayant bah une vie personnelle assez... en tout cas, plus préservée qu’un exercice libéral où on peut, peut-être, un peu plus facilement se faire déborder par l’activité... euh... Et donc ça c’était aussi intéressant...”*

Les CDS apportent une transition en fin de carrière vers la retraite, nous décrit deux médecins :

E3 : *“moi qui suis un médecin un peu âgé, c’est le confort d’une solution pour aller prendre tranquillement la retraite d’ici quelques années je pense. C’est une transition commode, sympa bien rémunérée. Voilà, donc c’est un mode assez sympathique de fin de carrière.”*

E5 : *“Euh, déjà à mon âge je n’ai pas envie de me mettre un cabinet sur le dos”*

Le fait d’être salarié et d’avoir un employeur permet de diminuer la charge mentale en ayant uniquement la responsabilité du métier de médecin traitant. La structure, comme un CDS, apporte une sécurité au praticien :

E4 : *“je trouve que ça permet d’avoir une charge mentale disons qu’on..., quand on est au travail, on est au travail, quand on est à la maison on est à la maison. Ça permet de bien séparer les deux je trouve, c’est assez sain.”*

E9 : *“d’avoir quelque part une forme de sécurité. [...] lorsqu’on est dans une structure dont on dépend et avec qui ça se passe bien, on a une sécurité de l’emploi, une sécurité aussi de cette équipe qui nous entoure, qui nous assiste. Si on a un problème informatique, bah pof, on passe un coup de fil et on est dépanné par quelqu’un en interne. [...] là il y a une espèce de coordination qui vient pas seulement des praticiens mais d’un peu plus haut”*

Un médecin venant de terminer son internat nous explique l’accessibilité et la simplicité de cette forme de pratique plutôt que de devoir chercher des remplacements à droite, à gauche :

E10 : *“C’était l’accessibilité tout de suite du poste sans avoir à aller chercher [...] Mon planning est déjà fait. Je peux poser mes vacances facilement. On travaille en équipe, j’ai pas un statut de remplaçante.”, “très facile d’avoir ce travail-là plutôt que de devoir chercher des remplacements ou de devoir s’installer ou de devoir faire sa comptabilité et cetera.”*

E11 : *“je n’avais pas envie de prévoir des remplacements en médecine libérale très en avance, à devoir s’engager 6 mois en avance sur tel ou tel remplacement”*

6. Points positifs et négatifs de ce mode d’exercice

6.1. Points positifs

Partir en congés sans se soucier de trouver un remplaçant ou de se dire que nous n’aurons pas d’entrée d’argent car ce sont des congés payés :

E1 : *“tu as pas besoin de chercher un remplaçant, quand tu pars parce que tu n’as pas de charges en fait au contraire tu es payé quand tu pars en vacances [rire].”*

L’absence de gestion administrative, de comptabilité et de gestion logistique sont particulièrement appréciés par les médecins interrogés : **E1, E2, E3, E6, E8** :

E1 : *“c’est vraiment plein de souci en moins [...] En libéral tout a toute la paperasse, tu as la CARMF, tu as l’URSSAF. Tu dois faire ta compta. Si t’es pas payé par la sécu, il faut que tu rappelles la sécu [soupir d’agacement] ah ouais franchement c’était pénible.”*

E2 : *“gagner du temps de relation patient tout en se déchargeant de contraintes administratives, financières, logistiques”*

E6 : *“la contingence logistique : bah tiens il me manque une compresse, il me manque je ne sais pas quoi, un stétho je dis simplement aux assistantes bah tiens il me manque un paquet de compresse, dans la demi-heure on a un paquet de compresse. Des fois, je dirais qu’elles vont anticiper ce qui peut manquer donc de ce point de vu là c’est de la petite gestion au quotidien qu’on a en cabinet libéral qu’on a pas du tout, du tout à faire dans ce cabinet-là.”*

Les temps non médicaux, dit plage horaire administrative, sont rémunérés :

E1 : *“parce que nous pendant le COVID j'étais remplaçante et j'ai passé tous les soirs à faire des réunions jusqu'à minuit. Tous les jours tu avais des publications qui sortait et cetera et tous les soirs on faisait des réunions jusqu'à minuit entre nous pour essayer de mettre en place des protocoles, voir comment on hospitalise les patients covid, pour organiser le cabinet pour séparer les patients covid des patients chroniques à risque et en contrepartie les patients ne venaient plus au cabinet et on gagne rien en fait, ah ouais j'avais pas d'entrée en fait. Alors on était épuisé. On faisait des heures pas possible. Il y avait pas de sous et là je me suis dit quoi qu'il arrive tu as une pandémie il y a quoi que ce soit tu gagnes ton salaire. Les réunions tu les fais sur ton temps de travail c'est pas jusqu'à minuit. [...] C'est pas un truc que tu rajoutes en plus le soir, donc c'est du confort en fait.”*

L'un des points positifs qu'apporte le salariat en CDS, décrit par un des médecins, est un meilleur équilibre vie personnelle - vie professionnelle :

E2 : *“l'avantage, c'est la conciliation avec une vie personnelle, familiale, une vie de jeune maman, un temps partiel ou le papa d'ailleurs.”*

E2 : *“c'est quand même important, à mon avis, pour avoir un exercice satisfaisant d'avoir aussi du temps pour soi, pour être équilibré dans sa vie professionnelle il faut l'être aussi dans sa vie personnelle.”*

Un médecin nous décrit que le patient peut librement consulter n'importe quel médecin du CDS et en changer si celui-ci est en congés ou non présent le jour-j du fait du partage de patientèle au sein du CDS :

E2 : *“ça permet d'avoir des avis différents que d'être toujours avec le même médecin pendant longtemps”*

E4 : *“ce qui les rassure beaucoup et qu'il y a une permanence des soins. [...] les patients ont un médecin référent mais on sait bien maintenant qu'on ne peut pas être tout le temps présent que ce soit en libéral ou en centre de santé et le fait que les patients puissent voir aussi mes collègues je pense que c'est aussi quelque chose de bien. [...] Et ça se fait peut-être plus facilement en centre de santé que quand on a des patientèles propres.”*

Un des médecins nous décrit qu'être employé par une instance permet de diminuer la hiérarchie au sein de la structure imposée par le médecin employeur, que nous pouvons retrouver dans le libéral :

E4 : *“et le fait de ne pas être l'employeur par exemple des secrétaires... euh... ça crée, ça diminue un peu la hiérarchie et du coup, je pense que les secrétaires nous disent un peu plus les choses qu'elle n'oserait par exemple quand on est en libéral, on est l'employeur.”*

L'absence de concurrence entre médecins est notifiée par les médecins salariés en CDS :

E6 : *“Et puis après j'ai une bonne entente avec mes collègues. On ne se tire pas dans les pattes contrairement là aussi au libéral. [...] j'ai vu de la captation de patients, j'ai vu de la jalousie entre*

confrères. Là il se trouve que de toute manière, on a le même pool de patients. On ne va pas se tirer dans les pattes vis-à-vis des patients.”

E8 : *“La patientèle est partagée entre tout le monde. Et puis on n'a aucun intérêt à se tirer dans les pattes. Il n'y a pas de concurrence”*

6.2. Points négatifs

Deux médecins nous expliquent qu'ils ont une moindre liberté quant à leur emploi du temps et à leurs horaires :

E1 : *“tu as quand même moins de liberté, tu es obligé de faire ton nombre d'heures par semaine. Tu peux pas dire par exemple la semaine prochaine je bosse pas le jeudi par exemple.”*

E3 : *“la moindre liberté des horaires de travail puisqu'on travail que lorsque les secrétaires sont là.”*

L'administration peut parfois constituer un point négatif à ce genre de structure :

E3 : *“les contraintes liées à l'administration [...] bah c'est comme dans les hôpitaux, quand on manque de quelque chose on l'a trois mois après.”*

L'équilibre financier des CDS peut parfois être difficile à obtenir :

E2 : *“c'est un peu compliqué de trouver un équilibre financier”, “on se rend compte que ces structures, elles sont assez fragiles financièrement”*

Le montage d'une CDS sur le plan fiscal et juridique peut parfois être compliqué :

E2 : *“c'est un petit peu compliqué à monter”*

Les CDS sont parfois mal vus par le monde libéral, ainsi que leur acceptation qui peut être ressentie comme péjorative, nous décrit un des médecins :

E2 : *“notre acceptation des centres de santé par le monde libéral est encore tout à fait perfectible. On voit bien que c'est deux mondes qui ont du mal à se parler, du mal presque à s'accepter. Grosso modo, l'un disant, les libéraux, je schématise, mais disant que les centres de santé, c'était un endroit où les gens allaient pour pas trop travailler et ne faisaient pas assez d'actes et voyaient pas assez de patients. Et d'un autre côté, les médecins des centres de santé, disant que ce qui les intéressent c'est faire rentrer de l'argent et faire du chiffre et des consultations contenues. Et en fait, ils ont un peu du mal à se parler je trouve.”*

Un médecin nous décrit le fait de ne pas avoir un investissement financier pourrait diminuer l'engagement et donc la fidélisation des médecins à pratiquer en CDS :

E2 : *“et aussi aujourd’hui un peu fragile en termes de fidélisation des praticiens qui sont peut-être moins liés que sur un exercice libéral où il y a un investissement financier. C’est vrai que là, les praticiens peuvent être tentés de ne pas rester longtemps pour aller faire autre chose.”*

L’initiative de la construction d’un CDS peut parfois être en lien avec des enjeux politiques, nous explique un des médecins :

E2 : *“Après, les considérations politiques ne sont jamais éloignées et comme les centres de santé s’adossent souvent sur les municipalités qui sont à l’initiatives”*

Un des points qui pourrait être considéré comme négatif serait de ne pas être maître de tous les aspects financiers :

E4 : *“c’est peut-être de ne pas être maître de certains aspects financiers certainement pour certains projets, ça peut ralentir les choses [...] je vois l’achat de certains matériels, ça demande forcément l’accord de l’employeur [...] Il y aura sûrement des lenteurs”*

E9 : *“Quand on est libéral, on peut toujours se dire, je vais faire une demi-journée de plus [...] Là on se dit qu’on a pas la main dessus”*

Un point négatif décrit par un des médecins est l’absence de voiture de fonction mis à disposition par les employeurs des CDS pour les visites à domicile en l’occurrence :

E11 : *“On a pas de voiture de fonction [...] On y va avec nos voitures personnelles, plus ou moins assurées par la mairie mais avec nos frais quoi.” (à propos des visites à domiciles)*

A la question concernant les points négatifs de cette forme de pratique plusieurs médecins nous ont répondu qu’ils n’en voyaient pas : **E6, E7, E8, E9** :

E6 : *“bah en fait je suis tellement bien que je n’en vois pas, moi je ne vois, aujourd’hui, absolument pas de points négatifs dans l’exercice, le seul point négatif mais ça c’est de mon fait, c’est la distance de trajet entre le CDS et mon domicile.”*

E9 : *“Y’en - a - pas ! [rire]”*

7. Avenir

La majorité des médecins répondent favorablement à la question : Est-ce que vous vous voyez vieillir ou terminer votre carrière dans un centre de santé ? **E3, E4, E6, E7, E8** :

E3 : *“Ah bah oui, j’imagine pas, même si parfois ça me tente, me remettre en libéral quand même maintenant.”*

E4 : *“Oui beaucoup plus qu’en libéral, de manière plus confiante.”*

E6 : *“Ah mais c’est une certitude ! [avec conviction]”*

Un des médecins, seule médecin du CDS au moment de l’entretien, nous explique que la condition à long terme de rester est la formation d’une équipe de plusieurs médecins et paramédicaux :

E1 : *“ben j’espère, après ça dépend, je veux quand même faire une structure avec d’autres médecins, avec des paramédicaux, avec d’autres en fait, une équipe [...] si je suis toute seule pendant 10 ans j’irai ailleurs quoi”*

Un des médecins nous explique que le fait de travailler en CDS est temporaire à part si ça se développe plus :

E10 : *“Pour moi, c’est vraiment quelque chose de temporaire. Après, si finalement ça se développe de plus en plus, je pourrais continuer dans d’autres endroits”*

8. Choses à ajouter

Un des médecins nuance l’importance et l’utilité des CDS par rapport au libéral :

E3 : *“Je pense que le fait d’être libéral a quand même énormément d’avantages pour le médecin et pour le patient. Donc, ça a sa place, mais pas toute sa place”*

Deux médecins nous décrivent les profils pouvant le plus correspondre à cette forme de pratique de médecin salarié en CDS :

E3 : *“si on est une femme avec des enfants, si on a d’autres centres d’activités importants que la médecine, ça peut être une façon d’exercer la médecine générale de façon plus confortable en laissant du temps pour autres choses”*

E5 : *“il y a des femmes qui travaillent 2 jours par semaine, pour une femme qui a des enfants c’est parfait. On a des mères de famille, on a des gens qui comme moi sont retraités. C’est beaucoup plus facile de travailler salarié dans un centre, dans une équipe. C’est une charge mentale moins importante.”*

Un des médecins généralistes nous dit qu’il aurait préféré être salarié en CDS qu’à l’hôpital par le passé :

E8 : *“On m’aurait donné ça en 2002 je ne serais devenu hospitalier”*

Un médecin nous explique qu’avec une organisation et un développement plus poussée, les CDS pourront être une alternative efficace à la désertification médicale du territoire français :

E2 : *“Enfin se sont vraiment des lieux, à mon avis, de partages de tâches, de transferts de tâches qui permettront... qui permettront ouais, d’être formé un peu mieux dès 15 ans à venir qui vont être très compliqués en terme du nombre de médecin qui feront pénalisés des patients dans les zones sous denses.”*

L’organisation de réseaux de soins est décrite comme plus simple et plus fluide via la mise en relation des différents CDS. Le fait d’être une entité simplifie les discussions et les mises en relation avec les différents professionnels entre et en dehors des CDS :

E2 : *“C’est plutôt des endroits où on peut améliorer le fonctionnement, on va dire la collaboration entre les différents métiers de la santé et pas les médecins.”*

E9 : *“je pense qu’il y a quand même moyen d’organiser des réseaux de soins, qui a mon sens sont beaucoup plus facile à organiser avec une structure, une antenne et plusieurs praticiens qui sont réunis dans un groupe, plutôt que des praticiens individuels qui se réunissent tant bien que mal et cetera. Là on est un interlocuteur... par exemple on va avoir une réunion avec les professionnels de santé paramédicaux de tout le bassin. Donc on va voir l’infirmière, les pharmaciens et cetera. Et organiser une réunion c’est quand même beaucoup plus simple que s’il fallait toquer à chaque porte et cetera. Donc il y a une interactivité, une interactivité et une homogénéisation des pratiques ou des interactions entre les différents professionnels qui est plus simple avec un centre de santé à mon avis. Ça c’est un gros avantage à mon avis.”*

DISCUSSION

Validité de l'étude

Parmi les onze entretiens, un a été réalisé en physique, deux entretiens via appel téléphonique et huit en visioconférence via webcam. Nous pensons que les deux entretiens téléphoniques ont pu récolter moins d'informations que les entretiens en visioconférence et l'entretien en présentiel. Il y a donc eu une perte d'homogénéisation entre les deux entretiens téléphoniques et les autres entretiens (présentiel, visioconférence). Nous rappelons que nous avons estimé le premier entretien en présentiel d'aussi bonne qualité que le second en visioconférence. Le choix de réaliser la majorité des entretiens en distanciel s'explique par les distances parfois lointaines d'un CDS à l'autre au sein de la région Basse-Normandie.

La majorité des médecins salariés dans les CDS Bas-Normands explorés ont une patientèle plutôt rurale ou semi-rurale. Ceci s'écarte de certains CDS français plutôt urbains implantés en périphérie de métropoles ou de banlieues ouvrières. A la différence de l'étude lyonnaise de 2017 (11) qui explore des médecins travaillant en CDS majoritairement urbains.

La position de jeune médecin généraliste chercheur n'était pas neutre. Un lien de confiance particulier a pu s'introduire dans les interviews.

Tous les médecins salariés bas-normands n'ont pas été interrogés. Cependant, l'ensemble des CDS existant et accueillant des médecins lors de la récolte des données sur le territoire des trois départements de la Basse-Normandie (Calvados, Manche, Orne) ont été explorés.

Toutefois, un CDS dans lequel nous avons interrogé un seul médecin n'a pas été retenu. Ce douzième entretien a été tout de même réalisé. Il a été exclu de notre étude, il dépassait les 30 minutes. Par ailleurs, le médecin interrogé était en souffrance psychologique. Il ne répondait pas ou seulement partiellement aux questions posées malgré les nombreuses relances. Le médecin souhaitait arrêter son métier de médecin généraliste. C'est un médecin qui travaillait en milieu hospitalier dans un service de médecine polyvalente. Il a fait une dépression sur épuisement professionnel. Au bout de quelques mois, une fois stabilisé, il a décidé de s'orienter vers de la médecine de prévention en CDS. L'idée a probablement été d'y trouver un rythme moins soutenu, avec moins de pression qu'en service de médecine polyvalente. Donc les CDS pourraient aider certains médecins dépassés par la médecine hospitalière de service à trouver un répit psychologique sans s'engager dans la gestion de cabinet inhérente à la médecine libérale.

La décision d'inclusion des médecins a été secondaire à une réponse favorable à notre demande de participation. Ceci a pu diminuer la validité externe de l'étude via le biais de sélection dit d'auto-sélection. Les médecins connaissaient la question de recherche avant la réalisation des entretiens.

Un biais de désirabilité sociale a pu être contré par la multiplicité des médecins interrogés. La valorisation liée au fait d'être sujet d'intérêt a pu être diminuée par des entretiens avec des médecins ayant des points de vue variés.

Trois catégories d'âge

Nos recherches ont montré trois principales catégories d'âges exerçant en CDS. Nous avons les jeunes médecins sortant de l'internat. A l'autre extrémité de la carrière d'un généraliste, nous avons des médecins approchant de la retraite ou retraités. Une troisième catégorie de médecins concerne des praticiens entre quarante et soixante ans souhaitant travailler à mi-temps, avec un emploi du temps allégé choisi. Ces trois types de profils n'avaient pas été mis en évidence dans la thèse rennaise de 2016 (17) ni dans celle lyonnaise de 2017 (18) sur le même thème. Ceci s'explique-t-il parce que notre étude porte sur des CDS de créations récentes ?

Alternative aux remplacements

La fin de l'internat s'ouvre fréquemment sur des remplacements avant une installation en libéral. Dans notre travail deux jeunes médecins nous expliquent que pratiquer en CDS est un intermédiaire intéressant entre l'internat et l'installation libérale sans s'engager sur la durée. (E10, E11). Le salariat en CDS permet de s'affranchir du statut de médecin remplaçant. Ce qui permet de faire pleinement partie de l'équipe du CDS. Le planning paraît rassurant pour les médecins salariés. A la différence du libéral, par exemple, où l'heure de fin de journée est régulièrement instable.

L'exercice avec un autre statut que le libéral pourrait être plus facilement accepté dans les zones de sous-densité pour certains profils de jeunes médecins. Une étude ultérieure pourrait se poser la question de la vision des médecins remplaçant sur l'installation en libéral ou en salariat en zone sous-densité ?

Transition vers la retraite

L'absence de gestion administrative, des horaires stables, un salaire fixe apportent une transition vers la retraite appréciée par les médecins en fin de carrière. Via le statut de salarié, ils peuvent ralentir leur activité dans des conditions plus confortables : travail d'équipe, distanciation par rapport à la charge émotionnelle d'une patientèle. Ils peuvent ralentir leur activité tout en se détachant du poids qu'exerce une patientèle sur le médecin traitant via la structure. Par ailleurs, en libéral, certaines charges restent incompressibles malgré la diminution du chiffre d'affaires (loyer, factures diverses...). Le CDS offre, quant à lui, un packaging, un outil clef en main pouvant être intéressant pour une transition en douceur vers la retraite.

Investissement financier absent

Nos entretiens exploratoires suggèrent que l'absence d'investissement personnel financier et la liberté de mobilité permise par le statut est un élément motivant à pratiquer en CDS. Nous avons mis en évidence que pour le médecin retraité souhaitant reprendre une activité avec un investissement financier absent est attrayant. Les médecins remplaçants, ne souhaitant pas investir pour une installation libérale, pourraient être séduits.

Toutefois, l'absence d'investissement financier, vécue comme un avantage, est à nuancer. Il peut diminuer la fidélisation des médecins salariés. Lorsqu'il y a un investissement financier personnel, l'engagement et la durabilité semble être plus pérenne dans un même lieu.

Stabilité familiale et cadre personnel

Nos recherches suggèrent que le salariat en CDS apporte une stabilité sur le plan familial. Il permet d'allier leur engagement professionnel tout en assurant leur rôle de parent.

L'organisation des CDS offre l'opportunité au médecin de consacrer du temps à d'autres occupations que l'activité médicale (aidant familial, engagement politique local...). Le cadre, permis par l'organisation des CDS, est perçu par certains comme permettant de mieux préserver leur vie personnelle. Vie personnelle qui est parfois altérée dans le monde libéral du fait d'une surcharge de travail pouvant provoquer l'épuisement professionnel. (19)

Cadre professionnel

Un contrat avec emploi du temps fixe apporte un cadre à la fois pour le médecin et pour le patient. Le médecin travaille de telle heure à telle heure. Le patient sait que la structure est ouverte sur des plages horaires bien précises. Sur une année, le planning est stable. En libéral, le médecin peut choisir de fermer ponctuellement son cabinet. Il reste maître de son emploi du temps. Le CDS restera ouvert sur les plages horaires définies initialement. Ceci étant permis par le partage de la patientèle au sein du CDS. Le patient consultant dans la structure ne sera pas pénalisé dans son parcours de soin. (20) Nous nous apercevons que les patients comprennent les horaires d'ouverture et les modes de fonctionnement des structures (CDS, PSLA).

Le fait d'avoir des horaires fixes avec des jours fixes peut être également perçu comme un inconvénient. Un patient avec une plainte vécue comme urgente souhaitant consulter rapidement en dehors des horaires d'ouverture ne pourra pas. Un report de cette consultation pourrait se terminer aux urgences. Il est important, tout de même, de notifier que les CDS, tout comme les structures libérales ambulatoires, n'ont pas à vocation de gérer les urgences vitales.

Temps de trajet domicile-travail non déterminant

Nous avons remarqué que pour certains médecins le temps de trajet domicile-travail élevé n'était pas un frein à la pratique en CDS. Ou du moins que les avantages perçus par le salariat en CDS pesaient plus dans la balance que le temps de trajet. Ceci n'avait pas été mis en évidence dans les thèses rennaise de 2016 et lyonnaise de 2017. (17) (18) Pour donner un ordre d'idée, dans une étude de la DREES en 2012, les médecins déclarent « se rendre de leur domicile à leur cabinet » en 13 minutes en moyenne. (21) Le temps de trajet déclaré par les cadres en 2010 dans l'étude du Commissariat Général au Développement Durable (CGDD) est en moyenne de 29 minutes. (22) Par ailleurs, il n'a pas été trouvé dans la bibliographie de temps moyen domicile-travail au sein de la population des médecins salariés en CDS.

Renoncement du monde hospitalier

Parmi les motivations, un renoncement du monde hospitalier est notifié par plusieurs médecins. Une appétence pour la médecine ambulatoire est marquée mais mitigée pour le libéral. Les CDS offrent donc l'opportunité d'exercer en soins primaires sans avoir un statut libéral. Ce thème n'avait pas été mis en évidence dans les thèses rennaise de 2016 et lyonnaise de 2017. (17) (18)

Une structure originale

Les différents parcours relevés dans nos entretiens montrent que la médecine générale en CDS est un nouveau mode d'exercice dans notre région. Les CDS ont été remis en avant récemment par les politiques publiques communales et départementales pour combler une offre manquante en soins primaires dans certaines zones géographiques. Les CDS n'ayant pas d'antériorité, notre regard sur la motivation des médecins à continuer à exercer en salariat est limité. La plupart des médecins exercent que depuis quelques années voire quelques mois au moment du relevé des résultats. A l'exception peut-être d'un médecin qui avait déjà travaillé dans un autre CDS dans une autre région par le passé.

Par ailleurs, le temps de mise en fonction d'un nouveau CDS peut-être parfois déroutant et perturber la bonne installation du médecin salarié. Tout n'est pas optimal dès le début. Cependant, cette idée reste CDS-dépendant. Il y a certains CDS mieux réfléchis que d'autres où l'organisation intra-CDS fonctionne bien dès le début. Le manque d'expérience et de recul pourrait en être la cause. Une notion qui n'a pas été retrouvée dans notre recherche bibliographique.

Disparité d'accueil et d'organisation

Nous en venons donc à la disparité entre les CDS. Nos recherches montrent que dans certains CDS il y a une écoute des demandes des médecins importante. Écoute, qui ne nous a pas été signalée dans l'ensemble des CDS. Le syndicat MG France a rédigé, début 2022, un « Guide à l'usage des élus locaux qui recherchent désespérément un médecin ». (23) Le guide propose vingt mesures pour renforcer l'accès aux soins dans les zones sous-denses. La première préconisation consiste à apporter un soutien sur mesure aux médecins généralistes. Un soutien qui peut se manifester par des ressources humaines immédiatement disponibles (assistants médicaux, infirmier(ère)s, personnel d'accueil et d'entretien, etc...) et d'améliorer très vite les conditions d'exercice professionnel. Cependant, les CDS municipaux, contrairement à ceux issus d'assurance mutualiste ou ceux créés par le département, disposent de moyens humains et une expertise moindre.

Nous remarquons aussi une disparité d'organisation d'un CDS à l'autre. Par exemple, certains ont un temps administratif dit « médical » inclus dans leur taux horaires de travail, d'autres non. (E9, E11) Cependant, cet élément organisationnel, présent dans certains CDS, perçu comme avantageux, sous-entendu en opposition au libéral, est à nuancer. Le temps administratif dit « médical » est rémunéré par le Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). (24) (25)

Equilibre : gestion et finance

La situation économique des CDS semble fragile. Les CDS ont les mêmes rétributions qu'en libéral avec des salariés en plus (secrétaire médicale, coordinateur administratif...) Plusieurs questions restent en suspens. Lors des congés payés, y-a-t-il des remplaçants ? Si oui qui les recrute : le médecin via ses contacts ou l'employeur ? Qui assume la permanence des soins ?

Les CDS de l'étude sont relativement nouveaux et donc plus ouverts à accorder plus de liberté. Ils respectent la loi de l'offre et de la demande. Les médecins ont une liberté accordée élevée quant aux nombres de jours à faire par semaine, au temps de consultation par patient ou au nombre d'heures de travail par jour. Qu'en sera-t-il dans quelques années ? Est-ce que cette liberté suggérée par nos recherches sera encore d'actualité ? Est-ce que l'équilibre financier réussira à être maintenu ? Toutes ces questions n'avaient pas été évoquées dans la thèse Rennaise de 2016. (17)

Le CDS doit être à l'équilibre financier pour son bon fonctionnement. Se pose donc la question si un déficit de gestion survient. Qui paiera le déficit ? De quelle entité géographique ? De la commune ? De la communauté de communes ? Du département ? Jusqu'où le contribuable local acceptera-t-il de payer le déficit ?

Comme le décrit Jacques Battistoni, médecin généraliste, ancien président du syndicat MG France, dans son article : « Cette ingénierie de projet apparaît de plus en plus indispensable au développement d'une offre de soins primaires moderne. Elle ne peut pas se faire sans un minimum d'investissement financier au service des politiques publiques. » (26)

Par ailleurs, il est légitime de se questionner sur la cotation en CDS. Effectivement, nous savons que les médecins salariés sont rémunérés sur une base fixe. Une des motivations majeures à la pratique salariée est qu'ils souhaitent se décharger d'un maximum de travail administratif. La cotation au plus juste de leurs actes permettrait d'augmenter les recettes du CDS. Nous pouvons donc nous demander si les médecins s'impliquent dans les cotations pour maintenir un équilibre financier.

Communication, formation universitaire et recrutement

Au moment de la collecte des données, la communication des CDS a été travaillée (Exemple d'affiche en annexe). Toutefois, nous pensons qu'elle reste insuffisante pour faire connaître les CDS auprès des internes et des médecins. Notre étude offre des pistes afin de développer le recrutement pour cibler les profils de médecin pouvant être intéressés. La communication pourrait se développer par le biais des associations d'internes ou sur les groupes de réseaux de médecins remplaçants. Elle pourrait aussi se développer par la formation de maître de stage universitaire parmi les médecins salariés.

D'ailleurs, des médecins au sein de CDS explorés ont participé à la rentrée 2022, à une formation pour devenir maître de stage universitaire. De ce fait, fin 2022, en Basse-Normandie, un CDS accueille un interne en dernière année, un autre, un étudiant de second cycle.

Cela reste minoritaire. La pratique de la médecine générale ambulatoire salariée reste faiblement répandue dans nos études de médecines. Nous pouvons donc nous demander qu'en est-il de la connaissance réelle des CDS par les étudiants en médecine ? Ceci pourrait faire l'objet d'une autre étude.

Diminution du poids de la patientèle

Le poids de la patientèle vécu en tant que médecin titulaire libéral est réduit en médecine salariée. Le médecin est représenté par la structure et non une personne physique. C'est un élément majeur suggéré par nos résultats. Le patient vient consulter le médecin que nous lui attribuons. Le partage de la patientèle par les médecins du CDS permet également d'amoindrir le poids de la patientèle. C'est le CDS qui représente le médecin traitant du patient.

Cependant, que ce soit en salariat ou en libéral, un attachement à ses patients existe et est bien réel bien que ce sentiment reste subjectif et médecin-dépendant. Ce sentiment d'attachement à ses patients se développe avec le temps et le suivi notamment des malades chroniques. Nous sommes limités sur cette dimension dans notre étude du fait que les CDS étudiés sont récents.

Une seule entité

Le fait d'être une seule entité, d'être un seul interlocuteur, celui du CDS, permet de simplifier la mise en réseau des différents professionnels, structures de santé (hôpital public, clinique etc...) ou organismes externes (organismes de formations professionnelles par exemple). Ceci se voit également de plus en plus par le biais des pôles de santé libéral ambulatoire (PSLA).

Formation continue

Dans certains CDS, les employeurs organisent des journées de formation continue par des intervenants du territoire. La rencontre directe des intervenants, comme les spécialistes à proximité du CDS, renforce le maillage territorial en santé. La coordination territoriale du soin en est donc plus aisée. C'est un élément apprécié par les médecins bénéficiant de ces formations.

De plus, cela permet une homogénéisation des pratiques. Les formations étant les mêmes pour l'ensemble des médecins du CDS. Les relations avec les intervenants sont donc facilitées par le fait d'être une seule entité : le CDS et leur antennes territoriales s'il y en a.

Cependant, les médecins n'ont pas forcément la liberté de choisir la formation dont ils ont besoin. C'est une décision plutôt collective.

Il est vrai qu'en libéral il est plus complexe de tout centraliser entre plusieurs pôles de santé pour permettre une formation partagée de qualité. Ces formations existent via le Développement Professionnel Continu (DPC), des groupes de pairs (27) ou des groupes qualités (28). En salariat c'est intégré dans le contrat, payé par l'employeur mais au final calqué sur le système du DPC.

Travail en groupe

Les CDS issus de nos recherches, en zone rurale ou semi-rurale, s'éloignent du modèle des CDS « historiques », urbains, souvent de taille plus importante. Ils se rapprochent plutôt à des maisons de santé pluriprofessionnel (MSP) ou des pôles de santé libéraux et ambulatoire (PSLA)

Le regroupement des médecins, avec échanges pluriprofessionnels, est un élément de similitude avec les médecins libéraux travaillant en MSP ou PSLA. Le médecin en soins primaires, de manière générale, qu'il soit libéral ou salarié, se voit travailler en groupe plus aisément que par le passé. Aujourd'hui, cela en devient la norme. D'après une étude de la DREES publiée en octobre 2022, sept médecins généralistes sur dix exercent en groupe et quatre sur dix sont installés dans un groupe pluriprofessionnel. (29) D'ailleurs, le travail de groupe est aujourd'hui fortement incité par nos gouvernances. Il suffit de lire l'avenant 9 de la convention médicale : volet 2, indicateur 3 : « engagement dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (maison de santé pluridisciplinaire, équipe de soins primaires...) » (30)

L'importance du travail en équipe conditionne la durée de pratique au sein d'un CDS. Si le médecin se retrouve seul dans le CDS, aura-t-il l'envie d'y rester ? Il pourrait aisément se poser la question de le quitter : « *si je suis toute seule pendant 10 ans j'irai ailleurs* » (E1)

Les consultations du jour, dites urgences du jour, sont réparties entre les différents médecins du collectif tout comme en PSLA.

A l'image des cabinets de groupes libéraux, des réunions professionnelles sont organisées dans certains CDS. A la différence peut-être que dans les CDS, lors de ces réunions, les représentants des organismes gestionnaires sont parfois présents pour relever les problèmes inhérents aux praticiens.

Décharge des tâches administratives dites « non médicales »

Nous pouvons définir une tâche administrative dite « non-médicale » comme une action ne nécessitant pas de valeur ajoutée médicale. Autrement dit, toute action dont la formation médicale n'est pas nécessaire à sa réalisation. Une étude transversale réalisée en 2017 sur des médecins généralistes libéraux en Occitanie retrouve un temps moyen de tâches administratives, non médicales, de plus de six heures par semaine. (31) Ces tâches administratives, non médicales, correspondent à la constitution du dossier administratif du patient (numéro de téléphone, adresse mail, adresse postale etc...), l'organisation et la tenue des dossiers médicaux, la gestion des courriers et des comptes rendus, la gestion des rendez-vous patients, l'activité comptable. La décharge des tâches administratives permise par l'organisation des CDS est notifiée à l'unanimité, lors de nos entretiens exploratoires. C'est un élément majeur de motivation de pratique en CDS. Les tâches administratives habituellement réalisées par les médecins libéraux ont été vécues comme chronophages. Elles réduisent leur temps-médical, personnel et familial. Cette notion est également bien décrite dans l'étude rennaise de 2016. (17) Elle est également notifiée dans l'article « La médecine générale, une profession d'avenir ! » de Jacques Battistoni : « libèrent des contraintes de l'entrepreneuriat, leur offrant un outil de travail clés en main » (26).

Lourdeur de l'administration

La lourdeur de l'administration pourrait être un frein conséquent à la pratique salariée. La plupart des CDS étant financés par l'argent public, avec des règles d'administration strictes, nous pouvons nous demander si la complexité de l'administration publique ne pourrait pas détériorer à terme les conditions de travail des médecins. A l'image des hôpitaux publics qui peinent à s'améliorer sur le plan de l'administration. Il serait prudent de ne pas tomber dans un système se rapprochant trop de l'administration hospitalière avec ces lenteurs et sa complexité. Ce qui serait à l'opposé des motivations relevées par nos recherches.

Présences de secrétaires efficaces

Les bonnes conditions de travail sont en partie assurées par la présence de secrétaires. Elles permettent l'accueil des patients, la gestion et l'organisation du CDS : « *tout ce qui est facturation, tout le reste, c'est les secrétaires.* » (E7). Parfois, un poste supplémentaire de coordinateur administratif est créé afin de gérer l'aspect purement administratif : « *C'est elle qui gère toute l'administration en fait, la compte tout ça.* » (E1)

Temps strictement médical

Nous avons mis en évidence que le salariat en CDS offrait aux médecins un temps-patient, un temps-médical ressenti comme plus élevé que ce qu'ils ont pu connaître dans d'autres formes de pratiques. Le retour au cœur du métier de médecin a été recherché par les médecins de l'étude. Les médecins

sont formés pour soigner. Ce qui est permis par les CDS dans de meilleures conditions, sans parasitage par des éléments non médicaux : créer une feuille de soins, faire passer la carte bancaire, se réapprovisionner en stocks de consommables... Ce temps purement médical est une motivation essentielle à la pratique de la médecine salariée en CDS. Les 20 minutes de consultation sont uniquement médicales. Cet aspect est vécu comme agréable et participe au bien-être professionnel des médecins exerçant en CDS. Un élément majeur qui avait déjà été mis en évidence dans la thèse rennaise de 2016 (10) ainsi que dans l'article de Jacques Battistoni : « leur permettent de se consacrer exclusivement aux soins » (26)

Dans notre étude, la majorité des médecins avaient un temps de consultation de 20 minutes. Nous savons que la pression temporelle pendant les consultations augmente l'insatisfaction, le stress et l'épuisement professionnel. (32) D'autre part, une étude américaine portant sur plus de 20 millions de consultations en soins primaires aux Etats-Unis en 2017 a permis de mesurer la durée moyenne d'une consultation. Les chercheurs ont utilisé l'horodatage enregistré par les dossiers de soins électroniques. Ils ont trouvé une moyenne de temps de consultation de 18 minutes avec une médiane de 15 minutes. (33) Les médecins de notre étude ont donc un temps de consultation plus long que la moyenne. Qu'advierait-il du bien-être perçu par les médecins si les gestionnaires de CDS venaient à demander des créneaux de consultations de 15 minutes ?

Relation argent-patient absente

Une absence de relation argent-patient libère les médecins d'une forme de dépendance (E1, E2, E3, E5). C'est une préoccupation en moins. Ils sont plus focalisés sur le malade. La « course à l'acte » (E4) est évitée.

Statut vécu comme privilégié

Nos résultats suggèrent que le statut de salarié est vécu comme privilégié par les médecins. Ils bénéficient d'un prélèvement sur le revenu avec déduction de charges sociales directement sur leur fiche de paie. Le salaire mensuel est relativement fixe. Ils bénéficient des congés payés, du congé maternité et d'autres avantages sociaux vécus comme avantageux.

Acceptation perfectible du monde libéral

Nos entretiens exploratoires ont révélé qu'il pouvait y avoir des tensions entre le monde libéral et salarié. Les deux mondes, au lieu de s'accepter et de travailler ensemble, semblent ne pas forcément s'apprécier. Les libéraux expliquent que les motivations des médecins salariés sont de moins travailler. Inversement, les médecins salariés expliquent que ce qui intéresse les libéraux « *c'est faire rentrer de l'argent et faire du chiffre et des consultations contenues* ». (E2)

Il nous semble qu'une meilleure connaissance des deux modes d'exercices permettrait une coexistence plus harmonieuse.

Accessibilité économique pour le patient

Le tiers payant systématique et l'ouverture à tous des CDS accueille une patientèle parfois vue comme plus complexe, plus lourde, sans suivi initial. (34) Les CDS permettent une prise en charge dans le soin pour une partie de la population en errance médicale. Ces prises en charge complexes, qui se veulent plus longues, sont possibles via l'organisation du CDS. Les médecins peuvent donc se permettre un temps médical plus long et peut-être plus global sur le plan somatique et psychologique. C'est un élément de motivation mis en évidence par nos recherches. Les patients les plus fragiles sur le plan psychiatrique ou socio-économique sont suivis plus facilement et avec peut-être moins de réticence par les médecins. Lorsque les patients n'honorent pas leur rendez-vous, les médecins ne sont pas directement lésés. Néanmoins, il est à noter que la structure pourrait l'être. Cette population spécifique côtoyée dans les CDS pourrait faire l'objet de recherches ultérieures, à l'image de la thèse de 2018 portant sur les patients côtoyant le CDS de Villejuif. (35) Ce thème avait également été évoqué dans la thèse rennaise de 2016 et la thèse lyonnaise de 2017. (17) (18)

Considérations politiques

La décision de construction de CDS par les mairies peut parfois être sous-jacente à des enjeux politiques sans toutefois résoudre le problème de désertification médicale. Ce en quoi pourrait aider nos recherches sur le recrutement, en se focalisant sur les motivations relevées par notre étude pour convaincre, négocier et attirer les médecins avec le profil adéquat. Nos recherches apportent des pistes de réflexion pour nos dirigeants souhaitant recruter des médecins à salarier. Le statut de salarié en CDS apporte des solutions aux problèmes de certains médecins libéraux ne s'y retrouvant plus, fatigués, ne voulant plus gérer les charges libérales (être employeur, gestion comptable...).

Solution à la désertification ?

L'organisation en réseau de soin des CDS au niveau territorial offre un meilleur maillage territorial (comme par exemple : les CDS de l'Orne et leurs antennes). Cela facilite le recrutement, pas uniquement de médecins, mais de secrétaires médicales et coordinateurs administratifs.

Lors de nos entretiens, un des CDS ne comprenait qu'un seul médecin. C'est un CDS construit dans un désert médical. Une notion définie par la DREES via son indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). (36) Les zones dans lesquelles l'indicateur APL est inférieur à 2,5 consultations par an par habitant, en tenant compte de l'offre des médecins généralistes âgés de 65 ans ou moins, constituent des déserts médicaux. Actuellement, le CDS compte un deuxième médecin. Il devrait accueillir un troisième d'ici début avril 2023. (37) Les CDS sont-ils une solution à la désertification et à la répartition médicale inégale du territoire ? Une étude ultérieure permettrait de se pencher sur la question.

Conclusion

Le contexte du nombre insuffisant de médecins généralistes exerçant la médecine de premiers recours en ambulatoire, et d'inégale répartition territoriale pose un problème d'accès aux soins.

Le salariat en CDS pourrait être une des solutions. Il permet aux médecins d'exercer la médecine de soins primaires en salariat. Le problème de recrutement dans les déserts médicaux n'est malgré tout pas solutionné. C'est pourquoi nos recherches apportent des pistes de réflexions aux élus et aux décideurs locaux pour trouver les profils adaptés car il existe des médecins intéressés par le statut de salarié. A qui proposer le salariat ? Quel profil de médecin est le plus susceptible d'être intéressé ? Et pourquoi ?

Le statut de médecin salarié, avec ces avantages, est vu par certains médecins comme une situation adaptée en tant que transition entre deux statuts : le libéral et la retraite, l'internat et la première installation libérale. Par ailleurs, les médecins souhaitant exercer la médecine de premiers recours à mi-temps, sans se soucier de la partie gestion et entrepreneuriat, peuvent aisément s'y retrouver en CDS.

Les CDS offrent un mode d'exercice plus protecteur, ce qui pourrait convenir à des médecins ayant des trajectoires de vie difficiles. (E12)

Dans leur conception actuelle, les CDS sont en cours de développement. Nous pensons que dans les années à venir, ce seront des lieux plus aboutis en termes de répartition et partage de tâche vers un même objectif commun : prendre soins et soigner nos patients.

Nous pensons également qu'une cohabitation entre médecins salariés et libéraux dans les territoires les plus en tensions quant à la proposition de soins primaires est une idée séduisante.

Qu'en sera-t-il dans les prochaines années ? Est-ce que notre hypothèse de développement des CDS au sein d'un monde libéral, encore majoritaire, sera réelle ? Les médecins se tourneront-ils de plus en plus vers le salariat ? Une cohabitation harmonieuse du libéral et du salariat en soin primaire sera-t-elle présente ?

Une étude pourrait être proposée dans quelques années afin de répondre à ces questions.

BIBLIOGRAPHIE

1. Atlas démographie médicale - CNOM - 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
2. Anguis M. *et al.*, "Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?" *Les dossiers de la DREES*, n°76, mars 2021
3. Bachelet M., Anguis M., "Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée", *Etudes & Résultats*, n°1011, DREES, mai 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
4. Article L6323-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020886387/2009-12-23/
5. Article L6323-1-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628624
6. Article L6323-1-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494912
7. Article L6323-1-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045212770
8. Article L6323-1-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036494922
9. Colin MP, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. *Santé Publique*. 2009;21(hs1):57-65. [Internet] <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-hs1-page-57.htm>
10. France - Décret no 91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé. [Internet]. Disponible sur: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=25361&p_lang=en
11. DGOS. Les centres de santé [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
12. DGOS. Guide relatif aux centres de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/guide-relatif-aux-centres-de-sante>
13. Lisieux : le centre de santé ouvre lundi, les patients se ruent sur les inscriptions [Internet]. actu.fr. Disponible sur: https://actu.fr/normandie/lisieux_14366/lisieux-le-centre-de-sante-ouvre-lundi-les-patients-se-ruent-sur-les-inscriptions_41463436.html
14. Orne. Un nouveau centre territorial de santé ouvre à Rémalard-en-Perche [Internet]. Ouest-France.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/normandie/remalard-en-perche>

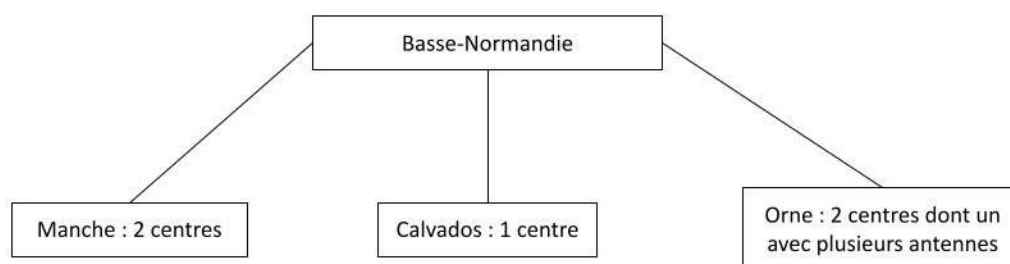
61110/orne-un-nouveau-centre-territorial-de-sante-ouvre-a-remalard-en-perche-342480b6-21cf-11ec-80c3-e73d0362011e

15. Ouest-France. Un nouveau centre de santé ouvre prochainement à Isigny-le-Buat [Internet]. Ouest-France.fr. 2021. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/normandie/isigny-le-buat-50540/un-nouveau-centre-de-sante-ouvre-prochainement-a-isigny-le-buat-eea4c91e-4632-11ec-aa50-9c007402a5ed>
16. Blanchet A., Gotman A., *L'entretien 2ème édition*. Armand Colin;
17. Ridard E., *Les motivations des médecins généralistes en centres de santé*. Thèse d'exercice de médecine générale, Université Bretagne Loire, Rennes, octobre 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/1d5c5b48-8912-46fe-b239-4aced357fecb?inline>
18. Lemaignan E., *La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ?* Thèse d'exercice de médecine générale, Université Claude Bernard, Lyon 1, mai 2017 [Internet]. Disponible sur: <http://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2017/06/Th%C3%A8se-E.LEMAIGNAN-QdV-des-MG.pdf>
19. Gamassou CE, Moisson-Duthoit V. *Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature*. 2017, hal-01528826 [Internet]. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01528826>
20. Ameli, *Dispositif du médecin traitant* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/dispositif-medecin-traitant>
21. Jakoubovitch S., “Les emplois du temps des médecins généralistes”, *Etudes et Résultats*, n°797, DREES, mars 2012 [Internet]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2012_PDF/2012_panel_mg_er797.pdf
22. Pappalardo M., *et al.*, “La mobilité des Français : Panorama issu de l’enquête nationale transports et déplacements 2008”, CGDD, décembre 2010
23. MGFrance, *20 recommandations pour renforcer l'accès aux et améliorer la santé de toute la population*, Spécial élections présidentielles, 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://toute-la-veille-acteurs-sante.fr/files/2022/01/mgfrance-programme-presidentielle-2022.pdf>
24. Ameli, *Forfait patientèle médecin traitant* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>
25. Ameli, *La Rosp* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/nouvelle-rosp>
26. Battistoni J., *La médecine générale, une profession d'avenir !* Les tribunes de la santé, n°73 (3) : 17-28, été 2022
27. Société Française de Médecine Générale, *Groupe de pairs®* [Internet]. Disponible sur: https://www.sfmng.org/groupe_de_pairs/

28. URML Normandie, *Les fonctionnements des Groupes Qualité* [Internet]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/en-action/groupes-qualite-gqn/les-fonctionnements-des-groupes-qualite/>
29. Bergeat M. *et al.*, “Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022” *Etudes et Résultats*, n°1244, DREES, octobre 2022 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf>
30. Ameli, *Modernisation du cabinet : forfait structure* [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/modernisation-cabinet>
31. Prunieres JB., *Evaluation des tâches non médicales des médecins généralistes en Occitanie : étude transversale par auto-questionnaire*. Thèse d'exercice de médecine générale, Université de Montpellier, octobre 2018
32. Rabatin J *et al.*, "Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians", *Journal of Primary Care & Community Health*, Vol. 7(1) 41-3, janvier 2016
33. Neprash HT, *et al.*, “Measuring Primary Care Exam Length Using Electronic Health Record Data”, *Medical Care*. janvier 2021;59(1):62-6.
34. Legifrance, *Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie*. JORF n°93 du 19 avril 2003 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000237691>
35. Rozes M., *Caractéristiques sociodémographiques et médicales de la patientèle du centre municipal de santé de Villejuif en médecine générale*, Thèse d'exercice de médecine générale, Sorbonne Université, Paris, octobre 2018, [Internet]. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/05/THESE-Maxime-Rozes.pdf>
36. L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>
37. Isigny-le-Buat. Conseil municipal : un troisième médecin annoncé [Internet]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/normandie/isigny-le-buat-50540/conseil-municipal-un-troisieme-medecin-annonce-759b572b-2b0e-4f76-a99d-3156110fd834>

ANNEXES

Figure 1 : Flow-chart des CDS Bas-Normands accueillant des médecins en 2022 :



Courrier de prise de contact : destiné aux médecins généralistes avec présentation du travail de recherche (par mail ou téléphone)

Bonjour,

J'espère que vous allez bien.

Je me présente je m'appelle Alexis MORANDI. Je suis interne en dernière année de médecine générale. Je prépare actuellement une thèse d'exercice avec le Dr Michel LE GAC.

Le thème vous concerne directement puisqu'il porte sur les médecins généralistes salariés en centre de santé municipal et départemental.

Le but de l'étude est de faire ressortir par entretien semi-dirigé les motivations de la pratique de la médecine générale salarié en centre de santé en Basse-Normandie.

De ce fait, serait-il possible de se rencontrer pour que je puisse vous poser quelques questions ?

Nous pouvons nous rencontrer en visioconférence si vous le souhaitez.

La durée de l'entretien ne devrait pas durer plus de 30 minutes.

En vous remerciant de votre bienveillance.

Bien confraternellement,

Alexis MORANDI

Guide d'entretien :

1. Pour commencer, merci de vous présenter.

Questions de relances :

- Âge
- Situation familiale
- Situation du conjoint : déterminant dans votre choix ?
- Temps de trajet

2. Pouvez-vous me parler de votre parcours ?

Questions de relances :

- Choix de la médecine ? de la médecine générale ?
- Précédentes expériences professionnelles ?
- Autres activités ?

3. Pouvez-vous me décrire votre début au sein du centre de santé ?

Questions de relances :

- Découverte de cette forme de pratique ? de ce centre de santé ?
- L'embauche ?
- Déroulement de l'installation ?
- Relation avec employeur ?

4. Pouvez-vous me décrire votre organisation au sein du centre ?

Questions de relances :

- Horaires ? Nombres de consultations par jour ?
- Décrivez-moi une journée type ?
- Administratif ? répartition des tâches ? permanence des soins ? gardes ? visites à domicile ?
- Mode de rémunération ? Avantages sociaux ?

5. Qu'est-ce qui vous motive à pratiquer ce mode d'exercice ?

Questions de relances :

- Plan professionnel
- Plan personnel

6. Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de ce mode d'exercice ?

Questions de relances :

- Points positifs
- Points négatifs

7. Est-ce que vous vous voyez vieillir ou terminer votre carrière dans un centre municipal de santé ?

8. Avez-vous des choses à ajouter que nous n'avons pas abordé ?

Tableau 1 : caractéristiques de la population

	Sexe	Âge	Situation matrimoniale	Enfant(s)	Ancienneté dans le CDS	Temps de travail	Type de gestionnaire du CDS	Durée de l'entretien
E1	F	29	En couple	Non	3 mois	TC (35h)	Municipal	15
E2	H	50	En couple	Non	3 ans	TC (38h)	Municipal	17

E3	H	70	En couple	Oui	9 mois	TC (35h)	Municipal	11,5
E4	F	45	En couple	Oui	10 mois	TC (35h)	Municipal	18
E5	H	73	Célibataire	Oui	5 mois	MT (variable)	Départemental	22
E6	H	45	En couple	Oui	2 ans	MT (20h)	Départemental	15,5
E7	F	56	Célibataire	Non	2 ans	MT (23,5)	Départemental	11
E8	H	70	En couple	Oui	16 mois	MT (variable)	Départemental	15,5
E9	H	52	En couple	Oui	6 mois	TC (variable)	Départemental	18
E10	F	28	En couple	Non	5 mois	MT (20h)	Municipal	17,5
E11	F	28	En couple	Non	5 mois	MT (18,5h)	Municipal	19,5

E : entretien, F : femme, H : homme, TC : temps complet, MT : mi-temps, âge en années, temps de travail au sein du CDS en nombre d'heures par semaine, durée des entretiens en minutes.

VERBATIMS

Sur les 11 verbatims recueillis, nous en avons sélectionné trois pour illustrer nos recherches.

Entretien n°1 : E1, le 09/02/2022 :

Alors pour commencer est-ce que tu peux te présenter ?

[Prénom-Nom], médecin généraliste salarié [nom de ville].

Tu as quel âge ?

29 ans

Situation familiale ?

Je suis pacsée, pas d'enfant.

Alors le temps de trajet domicile-travail

Alors, j'ai 25 minutes en voiture.

Alors par rapport à ton parcours, est-ce que tu peux me décrire ton parcours ?

Mes études ? Alors, moi j'ai fait mes études à Paris 6, donc tout mon externat à Paris 6, après mon internat je suis partie à Créteil, à la fac de Créteil en région parisienne, ensuite j'ai fait des remplacements dans le Val-de-Marne 94, c'est en région parisienne, c'était une région semi-rurale avec pareil une pénurie de médecins.

C'était aussi des centres de santé ?

Non, c'était des remplacements en cabinet libéral. Il y avait une 10 aine de médecins avec des infirmiers, une psy et puis après je suis arrivée là.

D'accord et alors le choix de la médecine, de la médecine générale globalement ?

Pourquoi j'ai choisi la médecine générale ? Parce que je voulais une spécialité polyvalente, parce que moi, ma vision du médecin c'est le médecin qui sait un peu tout, un peu tout gérer. Donc voilà, il avait soit la médecine générale et soit la gériatrie que j'aimais bien mais la gériatrie c'est hospitalier et moi je voulais vraiment partir de l'hôpital donc voilà.

Alors est-ce que tu peux me décrire les débuts au sein du centre de santé en l'occurrence celui-ci ?

Alors, le début, on a ouvert, on a commencé mi-décembre, le centre de santé, donc là c'est tout récent. On a monté le projet. Moi je suis arrivé en avril dans la commune. On travaille depuis avril à l'ouverture du centre de santé avec les collègues de la mairie, en fait, qui sont sur le projet. Donc les débuts ont été un peu compliqués parce qu'il y avait plein de choses à mettre en place sur tout ce qui est administratif, les autorisations, l'ARS, l'Ordre des Médecins et cetera, à faire en amont. En fait plein de choses auxquelles on pense pas forcément. Et après on a ouvert. C'est vrai qu'ici on n'a pas trop de problème de demande. Dans certaines régions les médecins s'installent, ils ont du mal à avoir des patients. Ici c'est vrai qu'il y avait un afflux important dès le début. Donc là, je n'ai pas à me plaindre, honnêtement, du boulot.

Alors la découverte de cette forme de pratique de salarié dans les centres de santé, comment l'as-tu découvert ?

Alors j'avais fait un stage, moi, en centre de santé pendant mon internat à Champigny, pareil en région parisienne dans le sud. C'est assez pauvre. Une commune assez pauvre sauf que ça ne m'avait pas du tout plus en fait. La mairie imposé aux médecins des créneaux de 15 minutes. En fait, elle les poussait vraiment pour qu'ils fassent de la rentabilité. Le matériel était nul. Ils ne voulaient pas mettre d'argent, vraiment une mauvaise entente entre les médecins et les directeurs. En fait, les médecins étaient pas tournés sur la structure. Ils restaient 2 - 3 ans puis ils partaient. C'est vrai que moi ça m'avait un peu buté. Et en fait en arrivant dans la région, j'ai cherché les ... parce que je ne connaissais pas du tout la région. Je cherchais les cabinets de groupe parce que moi je voulais surtout une structure avec d'autres médecins. Et puis en fait je suis tombé sur une annonce de la maire qui parlait du centre de santé. Je me suis dit que ça ne coûtait rien d'aller la rencontrer en fait. C'est vrai que je trouvais qu'elle avait une intelligence différente de ce que j'avais vu dans l'autre centre où j'avais été. Elle arrivait à comprendre l'intérêt de mettre des sous dans le centre, de laisser un peu de liberté au médecin, de ne pas imposer des créneaux pour le rendement et cetera. Voilà en fait je me suis dit qu'on peut faire, arriver à faire, quelque chose de bien et puis moi c'est vrai que ça me plaisait aussi le démarrage, l'ouverture d'un centre de santé. Il n'y avait rien de créé en fait. Il fallait tout faire. Je me suis dit on peut tout faire bien dès le début avec du bon matériel, mettre un logiciel qui marche, faire une équipe

qui marche. Tout commencer à zéro ça me plaisait bien. Même sur les locaux, voilà, c'est des locaux temporaires mais l'idée c'est de faire les plans des futurs locaux, réfléchir à faire une structure parfaite [rire] vraiment optimisée avec ce que j'ai vu pendant mon internat, les remplacements...

D'accord, donc la relation avec l'employeur, elle est comment ?

Bah elle est très bonne, ils sont vraiment à l'écoute. En même temps, c'est vrai qu'ils ont tellement peu de médecin qu'ils ont pas trop le choix (rire).

Est-ce que tu peux me décrire l'organisation du centre de santé ? Comment ça se déroule ? A quoi ressemble une journée type ? les horaires ? les consultations ?

Alors le centre de santé ce qui est bien c'est que tu as un contrat 35 - 39 heures. Tu fais tes horaires et après tu ne peux pas dépasser tes horaires donc ça c'est vraiment pratique parce que sinon tu te fais vite bouffer. Je ne sais pas si on peut dire ça dans une thèse. Sinon tu te fais vite déborder par les demandes, par les patients qui veulent des rendez-vous et là c'est vrai que tu as la secrétaire qui filtre énormément et là elle a l'expérience donc en plus elle me demande pas systématiquement. Elle arrive à dire non aux patients. Si vraiment il y a un patient qui a besoin, elle discute avec moi et ce qui permet que je tienne mes horaires, ça c'est super ! Donc c'est elle qui gère tout ce qui est rendez-vous, planning, gestion des fournitures. Même rappeler des patients parce que je reçois une prise de sang qui n'est pas normal qui demande un complément de prise de sang, c'est elle qui s'occupe de rappeler les patients. C'est elle qui s'occupe de prendre les rendez-vous si j'ai besoin d'un rendez-vous neurologue pour le patient. C'est elle qui va appeler le secrétariat, organiser tout ça. C'est vrai que ça dégage énormément de temps patient donc ça c'est top ! Après tout ce qui est administratif c'est la coordinatrice administrative qui gère.

Il y a une coordinatrice ? Oui en fait il y a la secrétaire, la coordinatrice administrative et moi pour l'instant. Donc la coordinatrice administrative, elle fait tout ce qui est administratif. Par exemple, si mon logiciel bug, c'est elle qui s'occupe d'appeler le service après-vente. C'est elle qui gère toute l'administration en fait, la compta tout ça.

La permanence des soins ? Comment ça se passe ? Alors pour le reste ? Pour les gardes ?

Alors les gardes c'est la région qui s'en occupe. Donc en fait, on a 3, 4 week-ends de garde par ans où tu fais le samedi - dimanche. *Sur un point de garde ?* Alors soit c'est dans le centre de santé, soit c'est sur [nom de ville]. En fait, tu choisis, tu peux rester dans ton cabinet sinon tu peux aller sur place. *Alors c'est avec d'autres médecins libéraux ?* Alors tu es toute seule le week-end et le turn-over se fait avec les médecins de la région.

Alors le mode de rémunération ? Les avantages sociaux ? Comment ça marche ?

Alors la rémunération, en fait tu es salarié et tu es de la fonction territoriale. Tu n'es pas fonctionnaire mais tu as quand même pas mal d'avantage, un peu comme les fonctionnaires en fait. Le centre de santé, tu as 3 ans de CDD renouvelable une fois puis après un CDI. La fonction territoriale c'est comme ça. Tu n'as pas le choix. Donc tu fais deux CDD et après CDI. Hum... voilà, et puis c'est vrai que si tu tombes malade, tu es payé, tu n'as pas les jours de carence, je crois pas, les congés maternité, bon toi tu n'es pas concerné, aussi. Si tu n'as pas de patients, parfois on a des lapins. Bah les lapins c'est vrai que, avant quand j'étais remplaçante, *c'est pesant ?* ouais voilà. Ben là il y a un lapin et ben je fais autre chose. Je suis moins concentrée sur les rentrées d'argent. Après quand tu es libéral je pense que

ça va vite de penser à la rentabilité en fait Mais c'est vrai en fait là je me dis que j'y pense pas du tout je suis vraiment concentré sur la médecine. Tu ne penses pas à tout ce qui est financier en fait.

Il y a un taux de consultation par jour à faire ?

Non, non, non pour l'instant je fais ce que je veux, après on verra dans 5 ans. Pour l'instant, je fais ce que je veux.

Donc les motivations à pratiquer, justement, ce mode d'exercice ? Sur le plan professionnel ? Cette liberté j'imagine. Et sur le plan personnel ?

La rémunération qui a été très attractive ici. Voilà tu sais que à 19h30 tu es chez toi, tu es rentré. Tu sais que si ça marche pas, c'est pas comme si tu t'es investi dans un cabinet enfin tu achètes des parts en fait, là si ça marche pas je m'en vais, je vais ailleurs et ça ne coûte rien. *Ouais c'est un CDD !* Même un CDI tu as 3 mois de préavis. C'est vrai que quand tu es libéral, tu achètes toujours des parts de la société, tu es quand même moins mobile.

Alors du coup les points positifs et négatifs par rapport au monde libéral ?

Bah... c'est un peu ce qu'on vient de dire [rire]. Après les points négatifs [temps de réflexion], tu es quand même moins de liberté, tu es obligé de faire ton nombre d'heures par semaine. Tu peux pas dire par exemple la semaine prochaine je bosse pas le jeudi par exemple. Là, tu fais des horaires comme un salarié. Mais voilà après c'est vrai que tu es payé pendant tes congés. *Ouais, ouais pas besoin de chercher un remplaçant.* Ouais voilà tu as pas besoin de chercher un remplaçant. Quand tu pars, parce que tu n'as pas de charges en fait, au contraire tu es payé quand tu pars en vacances (rire). En fait c'est vraiment plein de souci en moins quand libéral [souponir]. En libéral tout a toute la paperasse, tu as la CARMF, tu as l'URSSAF. Tu dois faire ta compta. Si t'es pas payé par la sécu, il faut que tu rappelles la sécu [souponir d'agacement] ah ouais franchement c'était pénible.

Est-ce que tu te vois vieillir dans un centre de santé ou finir ta carrière ?

Ben j'espère. Après ça dépend, je veux quand même faire une structure avec d'autres médecins avec des paramédicaux avec d'autres en fait une équipe en fait. Donc là c'est vrai pour l'instant je suis tout seul. J'ai une copine qui va arriver en avril et là on est en train de voir pour passer en pluriprofessionnel. Après, quand on aura le bâtiment en dur avec les infirmières, les kinés, et si on arrive à faire ça, ça sera vraiment chouette ! Après si je suis toute seule pendant 10 ans j'irai ailleurs quoi. *Ouais je vois, le travail de groupe.* Même par exemple, parce que nous pendant le COVID j'étais remplaçante et j'ai passé tous les soirs à faire des réunions jusqu'à minuit. Tous les jours, tu avais des publications qui sortaient et etcetera. Et tous les soirs on faisait des réunions jusqu'à minuit entre nous pour essayer de mettre en place des protocoles. Voir comment on hospitalise les patients covid, pour organiser le cabinet, pour séparer les patients covid des patients chroniques, à risque. Et puis en contrepartie les patients ne venaient plus au cabinet et on gagnait rien en fait. Et donc en fait, on s'est retrouvé à faire des heures pas possibles, on était épuisé. Il n'y avait pas de sous ! Et là je me suis dit, quoi qu'il arrive, tu as une pandémie, il y a quoi que ce soit, tu gagnes ton salaire. Les réunions, tu les fais sur ton temps de travail, c'est pas jusqu'à minuit ! C'est vrai que c'est une sécurité, ça t'enlève quand même des soucis. Et puis, on a des temps de staff où, en fait, tu parles de patient. Bon là je suis toute seule, tu échanges sur des patients et ça c'est sur ton temps de travail en fait. C'est pas un truc que tu rajoutes en plus le soir donc c'est du confort en fait.

Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on a pas abordé, que tu souhaites ajouter ?

Bah écoute euh... non, pas spécialement.

On a fait pas mal le tour. Parfait !

Entretien n°3 : E3, le 22/02/2022 :

Alors pour commencer, merci de vous présenter.

Alors je m'appelle [nom du médecin]. Je suis médecin généraliste. Je suis installé depuis très longtemps puisque j'ai passé ma thèse en 77 et je me suis installé en octobre 78. Vous n'étiez pas né. Voilà, alors j'ai exercé 40 ans dans un cabinet de groupe en ville. Nous étions 3 médecins généralistes. Ensuite j'ai exercé pendant 5 ans à la campagne, à [nom du village] dans la région de [nom d'une ville], un village qui avait perdu son médecin généraliste et qui m'avait demandé de les secourir. J'ai passé 5 ans de médecine générale à la campagne très, très sympa. J'ai pris des internes et maintenant à [nom du village] il y a deux internes à la place d'un médecin. J'ai deux successeurs. Je m'apprêtais à prendre ma retraite et à [nom d'une ville], ils ont ouvert un centre de santé, ils m'ont demandé si j'étais intéressé pour venir y travailler et j'ai dit oui. Et donc, je suis dans un centre de santé maintenant depuis 9 mois.

D'accord, votre situation familiale ?

Bah, je suis marié, j'ai des enfants mais qui sont grands.

D'accord, le temps de trajet domicile - travail pour vous ?

Actuellement, c'est 3 minutes.

Pouvez-vous me parler de votre parcours ? Bah, vous venez de me parler de votre parcours à l'instant. Le choix de la médecine et de la médecine générale, c'était dans quel objectif, c'était dans quel but initialement ?

A mon époque, ceux qui voulaient faire médecine générale dans de bonnes conditions passaient le concours d'internat des hôpitaux [téléphone qui sonne]. Excusez-moi, j'ai le téléphone qui sonne, je vais raccrocher, je rappellerais après.

Pas de problème.

Voilà, à l'époque lorsqu'on voulait faire une spécialité, on passait l'internat des CHU. Lorsqu'on voulait faire de la médecine générale de bonne qualité, on essayait de passer l'internat des hôpitaux de région sanitaire. Ce sont des hôpitaux secondaires qui n'étaient pas non plus des CHU. Et donc, j'avais passé le concours des hôpitaux régionaux sanitaires et j'étais arrivé à l'hôpital de [nom d'une ville] comme interne. Et puis après 4 ans d'internat, Des médecins généralistes de [nom de la ville] m'ont proposé de m'installer avec eux. C'est ce que j'ai fait, mais le choix de la médecine générale, ça a été toujours mon choix de toute façon.

D'accord, est-ce que vous faites d'autres activités hors de la médecine ?

Alors, j'ai été maire de ma commune pendant 12 ans et je ne suis plus... je ne suis plus élu.

D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire votre début au sein du centre de santé ?

Alors, c'est un centre de santé qui ouvrait, hein, donc on l'a créé. Euh, au début, c'était un peu compliqué parce que lorsqu'on a toujours été libérale et qu'on se trouve dans une structure administrative, on subit le poids des lourdeurs administratives et je vous assure qu'il y en a beaucoup, notamment dans le choix du matériel, dans le délai pour obtenir ce qu'on demande. Pour exemple, pour avoir des embouts d'otoscope, il a fallu attendre 3 mois parce que ça passe par une commission, faut que ce soit un budget, faut que ce soit budgété, faut que ce soit approuvé, faut que ça redescende... Donc ça, c'est très lourd, lorsqu'on a pas connu ça autre fois. Le côté désagréable c'est le côté administratif.

D'accord, comment avez-vous découvert cette forme de pratique de médecin salarié dans les centres de santé ?

Je ne sais pas comment j'ai découvert. Je savais que ça existait. Et à [nom de ville], on est en énorme pénurie médicale sur [nom de ville], encore plus qu'ailleurs. Et donc la commune de [nom de ville] a choisi d'ouvrir un centre de santé pour remédier au problème et je l'ai appris comme ça. Et voilà, c'est comme ça que j'ai su. Mais, sinon je n'avais pas vocation à être médecin salarié.

D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire l'organisation là du centre de santé ? Vos horaires...

Alors, nous sommes actuellement sept médecins généralistes. Deux seulement à temps plein.

D'accord,

Mais un salarié, je vous rappelle que c'est 35 heures. Donc ça fait très peu d'heures de travail réel. Donc nous sommes deux médecins à temps plein, deux médecins à trois quarts de temps dont je fais partie. Et trois médecins deux jours par semaine. Voilà.

D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire une journée type ? Vous arrivez le matin...

Alors, moi j'arrive tôt le matin mais par habitude. J'ai gardé mes habitudes matinales, je suis là à 7 heures le matin mais les consultations ne commencent vraiment qu'à 8h30.

D'accord,

Donc pendant l'heure qui précède, je fais mes courriers, je fais mes..., mes... scanners les différents dossiers, travailler les différents dossiers, un petit peu de formation et puis après je commence la consultation lorsque les secrétaires arrivent. Et après, on reçoit un patient toutes les 20 minutes en moyenne. De 8h30 à 11h pour moi. Ensuite je fais du domicile entre 11h et 12h30. Et puis je reprends ma consultation à 13h30 jusqu'à 19h.

D'accord, la permanence des soins, entre vous, comment la gérez-vous ? Est-ce qu'il y a des gardes ? Points de gardes ?

Alors, c'est encore un petit peu difficile. Euh.. parce qu'on a eu beaucoup de difficulté à coordonner nos installations de logiciels, de réception des examens de laboratoires tout ça. Ça commence seulement au bout de 9 mois, à fonctionner un petit peu de façon harmonieuse. Il y a des médecins du groupe avec qui c'est plus facile ou c'est très facile d'échanger, d'autres ou c'est un peu du chacun pour soi. Euh... donc, bah on s'arrange, on bricole un peu. Mais ce n'est pas très très bien organisé encore. Pour le suivi des résultats d'examens parce qu'il y a beaucoup de médecins à temps partiel. [sonnerie de téléphone] Excusez-moi je vais décrocher quand même parce que je vais voir ce que c'est.

Ah, je vais mettre en pause alors.

[Reprise de l'enregistrement après 2 minutes]

Heum... alors oui, au niveau de l'organisation administrative, comment ça se passe au sein du centre de santé ?

Alors, on a, on a une directrice, qui gère tout ce dont on a besoin au niveau organisationnel. Elle découvre un peu le métier parce qu'elle n'était pas du tout dans le corps médical. Elle était responsable du CCAS de la ville de [nom de ville] CCAS, c'est ce qui gère les personnes âgées dépendantes par exemple. Et donc, on lui a donné la charge de gérer le centre de santé, ce qui fait qu'au début ça n'a pas été très facile. Heu, elle est directrice, elle coordonne le travail, l'approvisionnement en matériel, le travail des secrétaires, les plannings et tout ça. Et puis, nous avons deux secrétaires à temps plein, une secrétaire à temps partiel qui s'occupe de la prise de rendez-vous, de l'encaissement des honoraires et... différentes choses quoi.

D'accord, heu, comment, le mode de rémunération, comment ça fonctionne ?

Bah les gens téléphonent pour prendre rendez-vous. Ils ont un mal de chien à nous avoir parce que ça bouchonne beaucoup ou alors ils se déplacent pour venir prendre rendez-vous. On travaille que sur rendez-vous en consultation, il n'y a pas de consultation libre.

D'accord, quels sont les avantages sociaux que vous avez à pratiquer ?

Les avantages pour moi ?

Oui.

L'avantage c'est qu'on a un salaire et qu'on est libéré des contraintes... des contraintes de cotisation de CARMF, de cotisation d'URSSAF, de déclarations fiscales donc c'est quand même relativement simple par rapport à ça. Heu, même si finalement c'est pas si compliqué que ça quand on a l'habitude. Donc, il a ce côté où on ne touche plus à l'argent, on ne touche moins aux paperasses et ça c'est quand même assez confortable.

Hum, d'accord, alors qu'est-ce qui vous a motivé à pratiquer ce mode d'exercice ?

Alors, moi qui suis un médecin un peu âgé, c'est le confort d'une solution pour aller prendre tranquillement la retraite d'ici quelques années je pense. Voilà, donc c'est un mode assez sympathique de fin de carrière.

D'accord, donc ça c'est plutôt plus sur le plan personnel, alors sur le plan...

Oui, tout à fait, parce que sinon sur le plan du travail lui-même je préfère mille fois le travail en exercice libéral.

D'accord, donc pour vous, c'est une transition...

C'est une transition commode, sympa heu... bien rémunérée heu... mais, mais heu... ça n'égale pas la souplesse du libéral.

D'accord, donc quels sont les points positifs et négatifs pour vous de ce mode d'exercice ?

Alors, les points positifs, c'est le confort administratif et confort qu'en au côté honoraire et tous ces côtés de gestion d'un cabinet, ça c'est le point positif.

Euh les points négatifs, c'est la lourdeur, les contraintes liés aux secrétaires, les contraintes liés à l'administration, la moindre liberté des horaires de travail puisqu'on travaille que lorsque les secrétaires sont là. Voilà, en deux mots.

Sinon au niveau de la qualité des soins c'est la même chose. On n'est pas mieux, pas moins bien que dans un cabinet libéral normalement équipé.

D'accord, et vous parliez des bouchons d'otoscope qui sont longs sur les commandes, il y a des problèmes aussi, similaires ?

Oui, oui, ça c'est le côté, bah c'est comme dans les hôpitaux, quand on manque de quelque chose on l'a trois mois après. Alors qu'en libéral vous commandez, vous l'avez le lendemain. C'est plutôt ce genre de trucs.

D'accord, euh vous vous voyez terminer votre carrière en centre de santé alors ?

Ah bah oui, j'imagine pas, même si parfois ça me tente, me remettre en libéral quand même maintenant. J'ai quand même 70 ans.

D'accord, est ce que vous avez d'autres points, d'autres choses que nous n'avons pas abordés ?

Non, je pense, que heu... ça peut être bien aussi pour quelqu'un qui débute une activité, hein ! Heu, mais je serais un peu triste que toute la médecine générale passe comme salarié. Je pense que le fait d'être libéral a quand même énormément d'avantages pour le médecin et pour le patient. Donc, ça a sa place, mais pas toute sa place

D'accord, quel avantage par rapport au salariat alors ?

Quel est l'avantage de... ?

Bah, vous considérez qu'il a plus d'avantage au libéral qu'au salariat ?

Bah, si j'ai un jeune médecin en face de moi, je lui conseille de s'installer en libéral. S'il veut faire 2-3 ans de salariat pourquoi pas mais à mon avis le mode d'exercice est quand même beaucoup plus sympathique notamment à la campagne à mon avis.

D'accord, donc ça serait plutôt des points de passage sur une carrière en début ou en fin ?

Absolument, oui je pense que c'est vraiment...après si on est une femme avec des enfants, si on a d'autres centres d'activités importants que la médecine, ça peut être une façon d'exercer la médecine générale de façon plus confortable en laissant du temps pour autres choses

D'accord, je vois.

Ok, bon, très bien, c'était très intéressant, je vous remercie.

Entretien n°4 : E4, le 10/03/2022

Alors, pour commencer, est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Donc, je m'appelle [nom du médecin], j'ai..., je suis née en 1977, j'ai soutenu ma thèse en 2007. Voilà, j'ai d'abord exercé dans un pôle de santé libéral. Enfin, j'ai d'abord été collaboratrice de médecin généraliste installé en zone rurale puis je me suis installée dans un pôle de santé libéral à [nom de ville]. Et je suis salariée du centre de santé de [nom de ville] depuis le mois de mai. Par ailleurs, je suis enseignante à la faculté de médecine.

*Oui, c'est comme ça que je vous ai retrouvée d'ailleurs.
Quelle est votre situation familiale ?*

Alors, je suis mariée, j'ai 3 enfants qui sont âgés de 12 à 17 ans.

D'accord, est-ce que la situation de votre conjoint a été déterminante dans votre choix de travailler en centre de santé ?

Euh..., il y a contribué, oui... Est-ce qu'il faut que je vous explique un petit peu plus ou... ?

Bah, oui ! Qu'est ce qui a joué ?

En fait, donc..., mon mari a un travail qui l'amène à voyager pas mal, à être souvent absent de notre domicile et il me semblait important pour la stabilité de notre famille d'avoir un exercice qui me permettait d'assurer un peu plus une présence au domicile.

D'accord, heu, le temps de trajet par rapport au domicile et le centre de santé ?

Moins d'1 km.

Moins d'1 km ?

Oui

Confortable...

Oui très confortable.

Est-ce que vous pouvez me parler de votre parcours ? Le choix de la médecine générale ? Vos différentes expériences ; vous m'avez dit que vous aviez travaillé à [nom de ville].

Oui, alors le choix de la médecine générale, en fait, heu, donc j'ai commencé mes études à Caen. A l'époque où j'ai commencé mes études, les stages en médecine générale étaient relativement peu développés. Et je suis fille de médecin généraliste. Donc je connaissais un peu les réalités de l'exercice de la médecine générale. Jusqu'à l'internat je me suis posé clairement la question de... la médecine générale ou une autre spécialité. Euh... Et un des facteurs déterminant, enfin un des facteurs qui me faisait hésiter pour la médecine générale, c'est qu'à ce moment-là, il n'était pas possible d'être salarié [rire], enfin d'exercer la médecine générale et d'être salarié. Donc ce qui aurait pu me faire franchement changer d'orientation. Heu, alors j'ai fait un stage de premier niveau qui m'a permis de conforter mon choix pour la médecine générale de par la variété de population, types de situations, enfin moi c'est vraiment quelque chose qui me correspond, voilà, l'exercice ambulatoire. Et j'ai vu à ce moment-là l'opportunité d'exercer un peu différemment de ce qui existait auparavant, dans le sens où, se développe à ce moment-là, la collaboration qui permettait de travailler en libéral mais d'exercer à temps partiel. Parce que moi, ça a toujours été un souhait de pouvoir mener, et ma carrière

professionnelle et ma vie personnelle familiale, enfin d'avoir un certain équilibre et l'exercice libéral pur et surtout isolée, pour avoir vu mon père exercer, je savais que c'était pour moi inenvisageable.

D'accord,

Voilà, dans un premier temps j'ai été collaboratrice. Je me suis investi dans un pôle de santé. J'ai des collègues qui sont partis à la retraite et la seule perspective que j'avais c'était de les... à la fois de les remplacer alors que le pôle était situé assez loin de chez moi, heu..., voilà, je me retrouvais à avoir tout ce que je ne souhaitais pas [rire]. En même temps, j'ai eu cette opportunité au niveau du centre de santé. Voilà, c'est ce qui a fait que j'ai choisi d'exercer en centre de santé.

D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire votre début au sein du centre de santé ? Comment avez-vous découvert ce centre de santé ? Comment s'est déroulée l'embauche ? L'installation ? La relation avec l'employeur ?

Alors, au début avec le centre de santé, ça a commencé en fait à ..., en fait... la jeunesse du projet heu... je savais que ce projet allait se monter parce que j'en avais discuté avec la personne qui est devenue le maire de la commune où j'exerce actuellement et je lui avais fait part... Enfin moi j'étais soucieux de l'attractivité de notre zone. Je savais que ça pouvait être un facteur favorisant. Donc il y avait eu des réunions et donc je savais qu'il y avait un projet qui allait émerger. Donc ça je l'ai su assez tôt. J'ai pu échanger un peu sur le projet de santé. Et voilà, c'était des choses...enfin je partageais... je partageais les idées de ce projet donc au fur et à mesure je me suis investie. Et puis, mon arrivée s'est plutôt bien passée. Bah, il faut s'intégrer dans une équipe qu'on n'a pas forcément choisie, donc ça, c'est voilà, il faut un petit peu de temps. Le temps du rodage aussi. Euh... voilà, parce qu'on part de rien, il faut constituer les 100aines de dossiers, enfin voilà, c'est quand même un gros travail [blanc]. Après, je voulais dire autre chose mais j'ai oublié. Ça me reviendra.

L'installation ? La relation avec l'employeur ?

Les relations avec l'employeur globalement elles sont plutôt bonnes. On a une directrice au niveau du centre de santé. Euh, après, euh, on est confronté... mais que ce soit alors... ; ou en hôpital ou après moi pour avoir exercé dans un centre de santé, à partir du moment où on est en situation d'être face à des institutions, tout ça. On voit bien qu'il y a tout ce qui concerne l'administration qui demande pour certaines choses du temps et ça peut générer des frustrations.

D'accord, est-ce que vous pouvez me décrire l'organisation au sein du centre ?

Les horaires ? Le nombre de consultations par jour ? A quoi ressemble une journée type au sein du centre de santé ?

On a 4 cabinets de consultations. Moi j'exerce à temps plein. Euh.. j'exerce 4 journées. Je commence à 8h30, j'arrive un peu plus tôt en fait pour lire le courrier, le scanner tout ça. Euh... j'ai entre 22 et 25 consultations par jour. Et heu, je termine à 19h le soir. Voilà, j'ai une pause pour déjeuner.

Euh au niveau administratif... Comment sont réparties les tâches ? Pour la permanence des soins ? Les gardes etc...

Alors, au niveau financier, tout ce qui concerne le règlement des consultations, la comptabilité, tout ça c'est fait par le personnel administratif, les secrétaires. Heu, tout ce qui est administratif autre, c'est la directrice. En ce qui concerne l'administratif, par exemple les demandes de prise en charge à 100%, enfin, l'administratif médical on va dire, c'est nous qui le faisons, mais en ayant à peu près une consultation par 20 minutes, on a toujours un petit peu le temps pour faire ce type de tâche, globalement ça va. Pour la permanence des soins, donc il y a certains nombre de médecins qui exercent

comme moi à temps plein mais plusieurs qui exercent à temps partiel, c'est ce qui fait aussi l'avantage de ce système. Ayant des dossiers partagés, un logiciel commun, ça pose pas de problèmes particuliers et on a des plages de consultations pour les demandes de soins ressenties comme urgentes ou urgents. En fait, on a chacun une demi-journée par semaine pour absorber les consult... ce qu'on appelle les consultations du jour : angine, cystite...

Hum.. d'accord, ok, le mode de rémunération ? les avantages sociaux ? Comment ça se passe ?

Le mode de rémunération, j'ai un salaire fixe. Euh... là pour vous donner les données exactes de mon contrat, je ne suis pas pour le moment titulaire, j'ai un CDD de 3 ans. Euh.. au niveau des avantages sociaux j'ai ceux qui sont, qui relèvent de la fonction publique en fait mais proportionnel à mon ancienneté en fait. En ce qui concerne les arrêts maladies tout ça je crois qu'il y a, c'est proportionnel à l'ancienneté. Après moi j'ai fait le choix d'avoir une prévoyance à côté pour compenser les éventuelles pertes de revenus si j'avais un problème de santé.

Et alors, donc, rentrons dans le vif du sujet, qu'est-ce qui vous motive à pratiquer ce mode d'exercice ? Sur le plan personnel et sur le plan professionnel.

Sur le plan personnel, euh..., j'ai pas la volonté, enfin je sais que pour exercer maintenant dans les conditions actuelles, on est amené de plus en plus à travailler dans des pôles de santé qui demande un investissement personnel pour des tâches non médical qui est très conséquent [rire] et qui n'est pas rémunéré, ou très peu et ça demande des talents de management enfin voilà que moi j'estime pas du tout avoir [rire]. Et ce n'est pas du tout ce qui m'intéresse dans l'exercice de mon métier. Moi ce qui m'intéresse c'est l'exercice médical, et là je m'y retrouve complètement. Euh... voilà, en terme de, oui pour revenir au niveau personnel, je trouve que ça permet d'avoir une charge mentale disons qu'on..., quand on est au travail, on est au travail, quand on est à la maison on est à la maison. Ça permet de bien séparer les deux je trouve, c'est assez sain.

Euh... est ce qu'il y a des points, quels sont les points positifs et les points négatifs pour vous de ce mode d'exercice ?

[blanc de réflexion] Alors, les points positifs, c'est... c'est assurément, on a... on ressent moins de pression vis-à-vis des demandes des patients. Ça permet de poser un peu plus les choses je trouve et c'est bien. Et heu... et euh la qualité de la prise en charge elle est bonne aussi et heu... on est moins dans ce qui peut arriver : la course à l'acte.

Tout à fait

Je pense qu'on peut... bah moi en tant que libéral je voyais bien parfois j'avais des demandes de consultation à 19h30 qui n'étaient pas forcément justifiées. Je savais que j'allais être payé. Je faisais ces consultations. Je pense que ça n'apportait pas forcément grand-chose au patient si ce n'est la satisfaction de consulter tout de suite. Je pense que ça contribue au consumérisme médical qui n'est pas forcément très sain. Et en ça, j'ai l'impression que... enfin moi ça correspond plus à... ouais je pense à mes valeurs [rire]. Et voilà, et puis, les points négatifs, c'est peut-être de ne pas être maître de certains aspects financiers, certainement pour certains projets, ça peut ralentir les choses ou voilà on ne peut pas tout avoir.

Oui

Enfin, je vois l'achat de certains matériels, ça demande forcément l'accord de l'employeur ce qui me semble normal. Il y aura sûrement des lenteurs, et voilà. Globalement moi j'ai pas eu de, j'ai pas eu de difficulté de ce côté-là. Je sais que j'ai une jeune collègue qui a été un peu plus en difficulté parce

qu'elle n'arrivait pas à avoir le logiciel [logiciel médical de messagerie sécurisée] et ça l'a mise en difficulté.

D'accord

Du coup elle passait beaucoup de temps à scanner ses biologies, c'est vrai que c'est pas... [rire]. Alors que le logiciel, en le commandant, on y a accès rapidement. Je ne sais pas, il y a eu un truc au niveau de l'employeur qui fait que ça a mis très longtemps et ça c'était frustrant je pense pour elle.

D'accord, est-ce que vous vous voyez vieillir ou terminer votre carrière dans un CDS ?

Oui beaucoup plus qu'en libéral, de manière plus confiante.

D'accord, est-ce que... avez-vous d'autres choses qu'on n'a pas abordé et que vous souhaitez ajouter ? Sur les motivations, les points positifs, négatifs ou autres ?

Dans les points positifs aussi moi ce que je trouve bénéfique qu'on soit une équipe et le fait de ne pas être l'employeur par exemple des secrétaires heu... ça crée, ça diminue un peu la hiérarchie et du coup, je pense que les secrétaires nous disent un peu plus les choses qu'elle n'oserait par exemple quand on est en libéral, on est l'employeur. Donc, voilà, ça c'est des choses qui sont plutôt saines. Heu, voilà, après on a pas parlé des patients [rire], j'ai l'impression qu'en terme de qualité de prise en charge, ils s'y retrouvent plutôt bien et ce qui les rassure beaucoup et qu'il y a une permanence des soins. Après, l'idée d'avoir, enfin, on a un médecin, enfin les patients ont un médecin référent mais on sait bien maintenant qu'on ne peut pas être tout le temps présent que ce soit en libéral ou en centre de santé et le fait que les patients puissent voir aussi mes collègues je pense que c'est aussi quelque chose de bien. Donc, parfois avoir un autre regard sur une prise en charge, enfin voilà. Et ça se fait peut-être plus facilement en centre de santé que quand on a des patientèles propres.

Oui le médecin traitant, c'est le centre de santé ? Avec un médecin référent ?

In fine oui, mais après nous a choisi qu'il y ait quand même... qu'il y ait un médecin référent dans le centre. Chaque patient a un médecin référent, dit médecin traitant, mais il serait tout à fait possible qu'un patient aille un jour voir un médecin et un autre jour un autre. Je pense qu'il faut que la grande majorité des consultations se fassent avec un même interlocuteur parce que sinon ça peut être compliqué. Mais que ponctuellement, que ce soit en cas d'urgence, en cas d'absence de notre part ou même qu'ils peuvent être amenés à voir des internes, enfin voilà, en formation, d'avoir un autre regard je pense que c'est bien aussi.

D'accord, rien d'autre à ajouter ?

Non rien d'autre.

Parfait.

Exemple d'affiche de communication :



TRAVAIL OU LOISIRS
L'ORNE VOUS OFFRE LES DEUX
Rejoignez notre équipe de médecins salariés
au Centre départemental de santé et profitez d'un cadre de vie préservé.

APICOM - Photo : © Adobe Stock



02 33 81 61 14
www.orne.fr



« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Directeur de Thèse
(qui atteste du respect des procédures éthiques et réglementaires)

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2023

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : MORANDI Alexis

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS : **Médecins salariés en centre de santé : motivations du mode d'exercice en Basse-Normandie en 2022.**

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Contexte : La pratique de la médecine salariée en soins primaires n'est pas majoritaire. Cependant elle se développe et pourrait s'amplifier dans les années à venir. Les centres de santé salarient des médecins généralistes pour réaliser les soins de premier recours.

Objectif : Sommes-nous certains de saisir les enjeux et les motivations de ce mode de pratique en médecine générale ambulatoire ? Nous nous sommes donc posé la question suivante : Quelles sont les motivations des médecins généralistes à pratiquer en centre de santé en Basse-Normandie ?

Méthodologie : Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs, menée auprès des médecins généralistes salariés en centre de santé en Basse-Normandie en 2022 a été réalisée.

Résultats : Onze médecins ont été inclus. Les motivations principales sont sur le plan professionnel : un temps-patients vécu comme plus long, de se concentrer uniquement sur la médecine, l'absence de gestion financière et administrative, le cadre apporté par des horaires fixes, les congés payés, être à temps partiel, le travail en équipe, les formations organisées par le centre. Les motivations principales sur le plan personnel sont : une absence d'investissement financier, une diminution de la charge mentale en ayant seulement la responsabilité du métier de médecin traitant

Conclusion : Notre étude montre que le salariat en centre de santé pourrait aisément convenir à trois catégories de praticiens : les médecins s'approchant de la retraite ou retraités, les jeunes médecins sortant de l'internat et les médecins souhaitant travailler à mi-temps. Nos recherches apportent donc aux décideurs locaux des pistes de réflexions sur les profils de médecins intéressés par le mode d'exercice en centre de santé, qui est une des solutions à l'accès au soin dans les zones sous-denses.

MOTS-CLÉS :

- Médecin généraliste
- Centre de santé
- Motivations professionnelles

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS : Physicians salaried in health centers : motivations of the mode of exercise in Basse-Normandie in 2022.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Context: The practice of salaried medicine in primary care is not in the majority. However, it is developing and could increase in the years to come. The health centers hire general practitioners to provide primary care.

Objective: Are we sure we understand the issues and motivations of this mode of practice in ambulatory general medicine? We therefore asked ourselves the following question: What are the motivations of general practitioners to practice in a health center in Basse-Normandie?

Methodology: A qualitative study, using individual semi-directive interviews, was carried out with salaried general practitioners in health centers in Basse-Normandie in 2022.

Results: Eleven physicians were included. The main professional motivations were: a longer time spent with patients, to concentrate solely on medicine, the absence of financial and administrative management, the framework provided by fixed working hours, paid vacations, being part-time, teamwork, and training courses organized by the center. The main personal motivations are: an absence of financial investment, a reduction of the mental load by having only the responsibility of the treating physician.

Conclusion: Our study shows that salaried employment in a health center could easily suit three categories of practitioners: physicians nearing retirement or retired, young physicians just out of residency and physicians wishing to work part-time. Our research therefore provides local decision-makers with ideas on the profiles of physicians interested in working in a health center, which is one of the solutions to access to care in under-dense areas.

KEY WORDS :

- General practitioner, family doctor
- Health center
- Professional incentives, professional motivations, job motivations