



HAL
open science

La vie d'un cabinet de médecine générale : point de vue des praticiens

Thomas Quinsac

► To cite this version:

Thomas Quinsac. La vie d'un cabinet de médecine générale : point de vue des praticiens. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04793024

HAL Id: dumas-04793024

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04793024v1>

Submitted on 20 Nov 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.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thomas QUINSAC

Le 4 juillet 2024

LA VIE D'UN CABINET DE MEDECINE GENERALE : POINT DE VUE DES
PRATICIENS

Directeur de thèse : Dr Lucie RIEU-CLOTET

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

1^{er} Assesseur : Docteur Lucie RIEU-CLOTET

2^{ème} Assesseur : Docteur Chloé SIKIRDJI

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Thomas QUINSAC

Le 4 juillet 2024

LA VIE D'UN CABINET DE MEDECINE GENERALE : POINT DE VUE DES
PRATICIENS

Directeur de thèse : Dr Lucie RIEU-CLOTET

JURY

Président : Professeur Michel AMOUYAL

1^{er} Assesseur : Docteur Lucie RIEU-CLOTET

2^{ème} Assesseur : Docteur Chloé SIKIRDJI

ANNEE UNIVERSITAIRE 2023-2024

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ALBAT Bernard | BRUNEL Michel | GUI TER Pierre | NAVRATIL Henri |
| ALLIEU Yves | CAMU William | HEDON Bernard | OTHONIEL Jacques |
| ALRIC Robert | CANAUD Bernard | HERTAULT Jean | PAGES Michel |
| ARNAUD Bernard | CHAPTAL Paul-André | HUMEAU Claude | PELISSIER Jacques |
| ASENCIO Gérard | CIURANA Albert-Jean | JAFFIOL Claude | PETIT Pierre |
| ASTRUC Jacques | CLOT Jacques | JARRY Daniel | POUGET Régis |
| AUSSILLOUX Charles | COSTA Pierre | KLEIN Bernard | PUJOL Henri |
| AVEROUS Michel | COTTALORDA Jérôme | LAFFARGUE François | RABISCHONG Pierre |
| AYRAL Guy | D'ATHIS Françoise | LAMARQUE Jean-Louis | REBOUL Jean |
| BALDET Pierre | DESCOMPS Bernard | LAPEYRIE Henri | RIEU Daniel |
| BALDY-MOULINIER Michel | DIMEGLIO Alain | LE ROUX Jean-Louis | ROCHEFORT Henri |
| BANSARD Nicole | DOMERGUE Jacques | LESBROS Daniel | ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre |
| BILLIARD Michel | DUBOIS Jean Bernard | LORIOT Jean | SAINT-AUBERT Bernard |
| BLAYAC Jean Pierre | DUJOLS Pierre | LOUBATIERES Marie Madeleine | SANCHO-GARNIER Héléne |
| BLOTMAN Francis | DUMAZER Romain | MAGNAN DE BORNIER Bernard | SANY Jacques |
| BONNEL François | ECHENNE Bernard | MARTY ANE Charles | SEGNARBIEUX François |
| BOULOT Pierre | FABRE Serge | MATHIEU-DAUDE Pierre | SENAC Jean-Paul |
| BOURGEOIS Jean-Marie | FREREBEAU Philippe | MEYNADIER Jean | TOUITOU Isabelle |
| BOUSQUET Jean | GALIFER René Benoît | MICHEL François-Bernard | VIDAL Jacques |
| BRUEL Jean Michel | GODLEWSKI Guilhem | MION Charles | VISI ER Jean Pierre |
| BUREAU Jean-Paul | GUILHOU Jean-Jacques | NAVARRO Maurice | |



Professeurs Émérites

| | | |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|
| ARTUS Jean-Claude | DEDET Jean-Pierre | MESSNER Patrick |
| BASTIEN Patrick | DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel | MONNIER Louis |
| BLANC François | GUILLOT Bernard | PREFAUT Christian |
| BONAFE Alain | HERISSON Christian | PUJOL Rémy |
| BOULENGER Jean-Philippe | JEANDEL Claude | REYNES Jacques |
| BOURREL Gérard | JONQUET Olivier | RIBSTEIN Jean |
| BRINGER Jacques | LANDAIS Paul | ROSSI Jean-François |
| CANOVAS François | LARREY Dominique | SCHVED Jean-François |
| CLAUSTRES Mireille | LE QUELLEC Alain | TOUCHON Jacques |
| COMBE Bernard | MARES Pierre | VOISIN Michel |
| DAURES Jean-Pierre | MAUDELONDE Thierry | ZANCA Michel |
| DAUZAT Michel | MILLAT Bertrand | |
| DAVY Jean-Marc | MAURY Michèle | |

Docteurs Émérites

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

| | |
|---------------------------|---|
| AGUILAR MARTINEZ Patricia | Hématologie ; transfusion |
| ALRIC Pierre | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| AVIGNON Antoine | Nutrition |
| AZRIA David | Cancérologie ; radiothérapie |
| BACCINO Éric | Médecine légale et droit de la santé |
| BAGHDADLI Amaria | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| BEREGI Jean-Paul | Radiologie et imagerie médicale |
| BLAIN Hubert | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| CAMBONIE Gilles | Pédiatrie |
| CAPDEVILA Xavier | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CARTRON Guillaume | Hématologie ; transfusion |
| CAYLA Guillaume | Cardiologie |
| CHAMMAS Michel | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| COLSON Pascal | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| COSTES Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| COUBES Philippe | Neurochirurgie |
| COURTET Philippe | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| CRAMPETTE Louis | Oto-rhino-laryngologie |
| CRISTOL Jean Paul | Biochimie et biologie moléculaire |
| CYTEVAL Catherine | Radiologie et imagerie médicale |
| DAUVILLIERS Yves | Physiologie |
| DE TAYRAC Renaud | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DE VOS John | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| DE WAZIERES Benoît | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| DELAPORTE Éric | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| DEMARIA Roland | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| DEMOLY Pascal | Pneumologie ; addictologie |
| DEREURE Olivier | Dermatologie - vénéréologie |
| DERUELLE Philippe | Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale |
| DUFFAU Hugues | Neurochirurgie |

Service de gestion des personnels

| | |
|--------------------------|--|
| ELIAOU Jean François | Immunologie |
| FABRE Jean Michel | Chirurgie viscérale et digestive |
| HAMAMAH Samir | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| JABER Samir | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| JORGENSEN Christian | Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie |
| KLOUCHE Kada | Médecine intensive-réanimation |
| KOENIG Michel | Génétique |
| KOTZKI Pierre Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| LABAUGE Pierre | Neurologie |
| LAFFONT Isabelle | Médecine physique et de réadaptation |
| LAVIGNE Jean-Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| LECLERCQ Florence | Cardiologie |
| LEFRANT Jean-Yves | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| LEHMANN Sylvain | Biochimie et biologie moléculaire |
| LUMBROSO Serge | Biochimie et Biologie moléculaire |
| MARIANO-GOULART Denis | Biophysique et médecine nucléaire |
| MATECKI Stéfan | Physiologie |
| MERCIER Jacques | Physiologie |
| MEUNIER Laurent | Dermato-vénérologie |
| MONDAIN Michel | Oto-rhino-laryngologie |
| MORIN Denis | Pédiatrie |
| NAVARRO Francis | Chirurgie viscérale et digestive |
| PAGEAUX Georges-Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| PRUDHOMME Michel | Anatomie |
| PUJOL Pascal | Biologie cellulaire |
| QUERE Isabelle | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| RENARD Éric | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| RIPART Jacques | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| ROUANET Philippe | Cancérologie ; radiothérapie |
| SOTTO Albert | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| TAOUREL Patrice | Radiologie et imagerie médicale |
| TRAN Tu-Anh | Pédiatrie |
| VANDE PERRE Philippe | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VERNHET Hélène | Radiologie et imagerie médicale |

Service de gestion des personnels

YCHOU Marc Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

| | |
|----------------------|---|
| ASSENAT Éric | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BLANC Pierre | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| BORIE Frédéric | Chirurgie viscérale et digestive |
| BOURDIN Arnaud | Pneumologie ; addictologie |
| BOURGIER Céline | Cancérologie ; radiothérapie |
| CANAUD Ludovic | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire) |
| CAPDEVIELLE Delphine | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| CAPTIER Guillaume | Anatomie |
| CHANQUES Gérald | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| CORBEAU Pierre | Immunologie |
| COSTALAT Vincent | Radiologie et imagerie médicale |
| COULET Bertrand | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| CUVILLON Philippe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DADURE Christophe | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DAIEN Vincent | Ophthalmologie |
| DORANDEU Anne | Médecine légale et droit de la santé |
| DROUPY Stéphane | Urologie |
| DUCROS Anne | Neurologie |
| DUPEYRON Arnaud | Médecine physique et de réadaptation |
| FESLER Pierre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| GARREL Renaud | Oto-rhino-laryngologie |
| GAUJOUX Viala Cécile | Rhumatologie |
| GENEVIEVE David | Génétique |
| GUILLAUME Sébastien | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| GUILPAIN Philippe | Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| GUIU Boris | Radiologie et imagerie médicale |
| HAYOT Maurice | Physiologie |
| HOUEDE Nadine | Cancérologie ; radiothérapie |
| JACOT William | Cancérologie ; Radiothérapie |
| JUNG Boris | Médecine intensive-réanimation |
| KALFA Nicolas | Chirurgie infantile |

Service de gestion des personnels

| | |
|------------------------------------|---|
| KOUYOUMDJIAN Pascal | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| LACHAUD Laurence | Parasitologie et mycologie |
| LAVABRE-BERTRAND Thierry | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| LE MOING Vincent | Maladies infectieuses ; maladies tropicales |
| LE QUINTREC DONNETTE Moglie | Néphrologie |
| LETOUZEY Vincent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| MORANNE Olivier | Néphrologie |
| MOREL Jacques | Rhumatologie |
| NAGOT Nicolas | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| NOCCA David | Chirurgie viscérale et digestive |
| PANARO Fabrizio | Chirurgie viscérale et digestive |
| PASQUIE Jean-Luc | Cardiologie |
| PELLESTOR Franck | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| PEREZ MARTIN Antonia | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire) |
| PERNEY Pascal | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |
| PUJOL Jean Louis | Pneumologie ; addictologie |
| PURPER-OUAKIL Diane | Pédopsychiatrie ; addictologie |
| RIGAU Valérie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROGER Pascal | Anatomie et cytologie pathologiques |
| ROUBILLE François | Cardiologie |
| SOLASSOL Jérôme | Biologie cellulaire |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénérologie |
| SULTAN Ariane | Nutrition |
| TUAILLON Edouard | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| VENAIL Frédéric | Oto-rhino-laryngologie |
| VINCENT Thierry | Immunologie |
| <u>PU-PH de 2ème classe</u> | |
| AYRIGNAC Xavier | Neurologie |
| BELZEAUX Raoul | Psychiatrie d'adultes ; Addictologie |
| BERTRAND Martin | Anatomie |
| BOBBIA Xavier | Médecine d'urgence |
| BOMMART Sébastien | Radiologie et imagerie médicale |

Service de gestion des personnels

| | |
|---------------------------------|--|
| CLARET Pierre-Géraud | Médecine d'urgence |
| COLOMBO Pierre-Emmanuel | Cancérologie ; radiothérapie |
| DAGNEAUX Louis | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| DAIEN Claire | Rhumatologie |
| DE JONG Audrey | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |
| DONNADIEU Hélène | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| FAILLIE Jean-Luc | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| FRANDON Julien | Radiologie et imagerie médicale |
| FUCHS Florent | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| GANDET Thomas | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| GELIS Anthony | Médecine physique et de réadaptation |
| GODREUIL Sylvain | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| HERBAUX Charles | Hématologie, transfusion |
| HERLIN Christian | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie |
| HERRERO Astrid | Chirurgie viscérale et digestive |
| JEZIORSKI Éric | Pédiatrie |
| LACHERETZ-SZABLEWSKI Vanessa | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LALLEMANT Benjamin | Oto-rhino-laryngologie |
| LATTUCA Benoît | Cardiologie |
| LONJON Nicolas | Neurochirurgie |
| LOUBET Paul | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| LOPEZ CASTROMAN Jorge | Psychiatrie d'Adultes ; addictologie |
| LUKAS Cédric | Rhumatologie |
| MAKINSON Alain | Maladies infectieuses, Maladies tropicales |
| MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas | Radiologie et imagerie médicale |
| MILLET Ingrid | Radiologie et imagerie médicale |
| MURA Thibault | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| OLIE Émilie | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| PANABIERES Catherine | Biologie cellulaire |
| PARIS Françoise | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| PERS Yves-Marie | Thérapeutique ; addictologie |
| POUDEROUX Philippe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| RIVIER François | Pédiatrie |
| ROGER Claire | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire |

- - -

Service de gestion des personnels

| | |
|------------------|---|
| ROUBILLE Camille | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| SEBBANE Mustapha | Médecine d'urgence |
| SIRVENT Nicolas | Pédiatrie |
| STEPANIAN Alain | Hématologie ; transfusion |
| STERKERS Yvon | Parasitologie et mycologie |
| STOEBNER Pierre | Dermato-vénérologie |
| THOUVENOT Éric | Neurologie |
| THURET Rodolphe | Urologie |
| VILLAIN Max | Ophthalmologie |
| VINCENT Denis | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

2^{ème} classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BAUCHET Luc (Neurochirurgie)
BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)
DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)
GAUDARD Philippe (Anesthésiologie-réanimation)
MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)
MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
NOUGARET Stéphanie (Radiologie et imagerie médicale)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)
QUANTIN Xavier (Pneumologie)
ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)
VIEL Éric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Échelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé
RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique
CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion
RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique
BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
CHIRIAC Anca Immunologie

Service de gestion des personnels

| | |
|------------------------|---|
| COSSEE Mireille | Génétique |
| DESHAYES Emmanuel | Biophysique et médecine nucléaire |
| DU THANH Aurélie | Dermato-vénérologie |
| FITENI Frédéric | Cancérologie ; radiothérapie |
| GATINOIS Vincent | Histologie, embryologie et cytogénétique |
| GIRARDET-BESSIS Anne | Biochimie et biologie moléculaire |
| GOUZI Farès | Physiologie |
| LAVIGNE Géraldine | Hématologie ; transfusion |
| LESAGE François-Xavier | Médecine et Santé au Travail |
| MARIA Alexandre | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| MATHIEU Olivier | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| MOUZAT Kévin | Biochimie et biologie moléculaire |
| PANTEL Alix | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| SCHUSTER-BECK Iris | Physiologie |
| THEVENIN-RENE Céline | Immunologie |

MCU-PH de 2^{ème} classe

| | |
|-----------------------|--|
| BARATEAU Lucie | Physiologie |
| BERGOUX Anne | Génétique |
| BOETTO Julien | Neurochirurgie |
| DEBOURDEAU Antoine | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| DUFLOS Claire | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication |
| DUPONT Chloé | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| ENGELMANN Ilka | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| FROUIN Éric | Anatomie et cytologie pathologiques |
| HUBERLANT Stéphanie | Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale |
| LEVEQUE Maude | Parasitologie et mycologie |
| MIOT Stéphanie | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie |
| RANISAVELJEVIC Noémie | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; Gynécologie médicale |
| SOUCHE François-Régis | Chirurgie viscérale et digestive |

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

| | |
|------------------|---|
| BECAMEL Carine | Neurosciences |
| DELABY Constance | Biochimie et biologie moléculaire |
| MAIMOUN Laurent | Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé |

Maitres de Conférences de classe normale

| | |
|-------------------------|--|
| BERNEX Florence | Physiologie |
| CHAUMONT-DUBEL Séverine | Sciences du médicament et des autres produits de santé |
| GUGLIELMI Laurence | Sciences biologiques fondamentales et cliniques |
| HENRY Laurent | Sciences biologiques fondamentales et cliniques |
| HERBET Guillaume | Neurosciences |
| HERVE ANDRE Emilie | Maïeutique |
| LADRET Véronique | Mathématiques appliquées et applications des mathématiques |
| LAINÉ Sébastien | Sciences du Médicament et autres produits de santé |
| LE GALLIC Lionel | Sciences du médicament et autres produits de santé |
| LOZZA Catherine | Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques |
| MORITZ-GASSER Sylvie | Neurosciences |
| MOUTOT Gilles | Philosophie |
| PASSERIEUX Emilie | Physiologie |
| RAMIREZ Jean-Marie | Histologie |
| RAYNAUD Fabrice | Sciences du Médicament et autres produits de santé |
| TAULAN Magali | Biologie Cellulaire |

Maitres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{er} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

CARBONNEL François
MILLION Elodie



Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
SERAYET Philippe
URENA DORES Aurélie

Praticiens Hospitaliers Universitaires

| | |
|-------------------|--|
| CAZAUBON Yoann | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| DURAES Martha | Anatomie |
| FAVIER Valentin | Oto-Rhino-Laryngologie |
| GAVOTTO Arthur | Pédiatrie |
| POULEN Gaéтан | Neurochirurgie |
| ROCH Benoît | Pneumologie, addictologie |
| THERON Alexandre | Pédiatrie |
| URSIC BEDOYA José | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |

PH chargés d'enseignements

| | | | | |
|------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| AGUILHON Sylvain | CARTIER César | FILLOLS Mélanie | LE BIHAN Clément | PICOT Marie Christine |
| AKKARI Mohamed | CASPER Thierry | FLORI Nicolas | LE GUILLOU Cédric | POQUET Hélène |
| ALRIC Jérôme | CATHALA Philippe | FOURNIER Philippe | LE MOINE DONY Marie-Christine | PRIN Pauline |
| AMEDRO Pascal | CAZABAN Michel | FRANC Nathalie | LETERTRE Simon | PUJOL Sarah-Lise |
| AMOUREUX Cyril | CHALARD Kévin | GAILLARD Nicolas | LOPEZ Régis | QUANTIN Xavier |
| ANTOINE Valéry | CHARBIT Jonathan | GALMICHE Sophie | LUQUIENS Armandine | RAFFARD Laurence |
| ATTALIN Vincent | CHEVALLIER Thierry | GARNIER Sylvain | MAILLE Olivier | RAINGEARD Isabelle |
| BADR Maliha | COLIN Olivier | GENY Christian | MANDOUL Caroline | RAPIDO Francesca |
| BAIS Céline | CONEJERO Ismael | GERONIMI Laetitia | MANZANERA Cyril | RAY Valéry |
| BARBAR Saber Davide | CONSEIL Mathieu | GINIES Patrick | MARGUERITTE Emmanuel | RIBRAULT Alice |
| BASSET Didier | CORBEAU Catherine | GONON DEMOULIAN Raphael | MARTIN Lucille | RICHAUD-MOREL Brigitte |
| BATIFOL Dominique | COROIAN Flavia-Oana | GOULABCHAND Radjiv | MATTATIA Laurent | RIDOLFO Jérôme |
| BATTISTELLA Pascal | COUDRAY Sarah | GRECO Frédéric | MAZARD Thibault | RIPART Sylvie |
| BELL Ariane | COUTUREAU Juliette | GRIVET Benjamin | MEROUEH Fadi | ROBERT Pierre |
| BENENATI Sylvain | CUNTZ Danielle | GROSSIN Delphine | MESTREGODIN Sandrine | RONGIERES Michel |
| BENNYS Karim | DAVID Aurore | GUEDJ Anne Marie | MEUNIER Lucie | ROULET Agnès |
| BERNARD Nathalie | DE BOUTRAY Marie | HEDON Christophe | MEYER Pierre | RUBENOVITCH Josh |
| BERNIER Maud | DE LA TRIBONNIÈRE Xavier | HENRY Vincent | MICHEL Moïse | SANTONI Fannie |
| BERTCHANSKY Ivan | DEBIEN Blaise | HIRECHE Kheira | MILESI Christophe | SASSO Milène |
| BIBOULET Philippe | DEGRAVI Lauriane | INGHILLERI Marie-Laure | MONET Clément | SCHMITT David |
| BIRON-ANDREANI Christine | DELPONT Marion | JAMMET Patrick | MORAU Estelle | SCHULDINER Sophie |
| BLANC Brigitte | DENIS Hélène | JEDRYKA François | MORQUIN David | SEGURET Fabienne |
| BLANCHET Catherine | DEVILLE de PERIERE Gilles | JREIGE Riad | MOSER Camille | SENESSE Pierre |
| BLATIERE Véronique | DI CASTRI Alberto | JULIER Ingrid | MOUSTY Eve | SERRE Jean-Emmanuel |
| BOGE Gudrun | DJANIKIAN Flora | KADERBAY Akil | MOUTERDE Gaël | SKALLI El Medhi |
| BOURRAIN Jean Luc | DUCROCQ Vincent | KINNE Mélanie | NOU HOWALDT Monira | SOLA Christelle |
| BOUYABRINE Hassan | DUNYACH-REMY Catherine | LABARIAS Coralie | ORY Jérôme | SOUKSI MEDIONI Isabelle |
| BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie | ESTRIC Clémentine | LABORDE Caroline | PANTERA Éric | SOULLIER Camille |
| BRISOT Dominique | FAIDHERBE Jacques | LACAMBRE Mathieu | PERNIN Vincent | STEPHAN Robin |
| BRONER Jonathan | FATTON Brigitte | LARCHER Romaric | PERRIGAULT Pierre François | STOEBNER DELBARRE Anne |
| CAIMMI Davide Paolo | FAURE Elsa | LAURENT Jérémy | PEYRON Pierre-Antoine | SURCIN-TSEKOURAS Nicolas |
| CARR Julie | FILLERON Anne | LAZERGES Cyril | PICARD Éric | SZAFORS Paulina |
| TALEB ARRADA Ikram | | | | |



TARUFFI Floriane

TEOT Luc

TER SCHIPHORST Adrien

THIRION Marina

TUNEZ Virginie

VACHIERY-LAHAYE Florence

VERNES Éric

VIALA Maurice

VINCENT Laure

WAGNER Laurent

WALTHER LOUVIER Ulrike

WILLEMS Marjolaine

ZERKOWSKI Laetitia

Remerciements

A mon Président de Jury, le **professeur Michel AMOUYAL**, de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Que votre retraite soit aussi gratifiante et épanouissante que votre carrière.

Au membre de mon jury, le **Dr Chloé SIKIRDJI**, pour l'accompagnement pendant mon stage chez vous à Vergèze.

A ma directrice de thèse, le Dr **Lucie RIEU-CLOTET**, pour le suivi de mon travail, toujours assidue, réactive, patiente, et pour ton enthousiasme la première fois que je t'ai parlé de mon projet de thèse.

A **l'ensemble des professionnels de santé** de mon parcours, en tant qu'externe et interne, vous m'avez tous marqué à votre façon.

A mes **amis**, notamment vous Igor et Ianis, même si on se prend moins de nouvelles qu'à une époque, je sais que vous êtes toujours là en cas de besoin.

A ma **famille**, mes parents, mes frères et sœurs, mes neveux et nièces, de m'avoir supporté et encouragé pendant ces longues années d'étude et ces repas de famille où je passais en coup de vent avant de retourner travailler dans une autre pièce.

A ma **belle-famille**, de votre aide et accompagnement au quotidien dans nos projets et dans la garde de notre fille, je vous en serai toujours reconnaissant. Merci de l'avoir gardée pendant mes longues sessions de travail de thèse, sans jamais me presser.

Enfin, à vous mes deux grands amours, **Marie** ma fiancée et **Ève** ma chère petite puce. Mon amour, on a traversé des moments durs, des moments sombres, mais on a su se relever et être encore plus forts. Merci de m'avoir autant épaulé, encouragé, motivé quand j'en avais marre. Merci d'être là jour après jour. Maintenant que cet événement est passé, on va enfin pouvoir se consacrer à plein temps à notre mariage. Tu es une maman formidable pour notre fille, n'en doute jamais. Je t'aime.

Ève, tu n'as que 9 mois lors de la passation de cette thèse, mais tu remplis déjà tellement notre vie de bonheur à ta mère et à moi. Tu es l'enfant dont nous avons tant rêvé, si parfaite et si belle. Nous avons le cœur rempli d'amour en te voyant grandir jour après jour. Que ta vie soit longue et heureuse ma puce, et danse la polka si tu en as envie, papa sera toujours fier de toi.

Liste des abréviations

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

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

COREQ : Consolidated criteria for Reporting Qualitative research

DPO : Data Protection Officer (Délégué à la protection des données)

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

AI : Artificial Intelligence

MGX : Médecin généraliste numéro X

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

ARS : Agence Régionale de Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

DU : Diplôme Universitaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

EDN : Épreuves Dématérialisées Nationales

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

MMG : Maison Médicale de Garde

SCM : Société Civile de Moyens

SCI : Société Civile Immobilière

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

MGEN : Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

CNMSS : Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

QCM : Questionnaire à Choix Multiple

TQ : Thomas Quinsac

SICTOM : Syndicat Intercommunal de Collecte et de Traitement des Ordures Ménagères

SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCTION..... | 22 |
| II. MATERIEL ET METHODE | 25 |
| 1. Cadre théorique..... | 25 |
| 2. Recueil des données | 25 |
| 3. Guide d'entretien..... | 27 |
| 4. Analyse des données | 28 |
| 5. Aspects éthiques | 29 |
| III. RESULTATS..... | 30 |
| 1. Population étudiée | 30 |
| 2. Résultats | 31 |
| A. Le cabinet de médecine générale, sa représentation et ses défis..... | 31 |
| B. La préparation en amont..... | 33 |
| C. La création du cabinet | 36 |
| D. Les défis du quotidien | 41 |
| E. Le ressenti du médecin généraliste dans sa pratique | 50 |
| F. La vision du futur | 54 |
| IV. DISCUSSION | 58 |
| 1/ Validité interne | 58 |
| A/ Forces de l'étude | 58 |
| B/ Limites et biais..... | 58 |
| 2/ Synthèse des résultats et comparaison avec la littérature..... | 59 |
| A/ Le manque de formation initiale | 59 |
| B/ Le rôle des remplacements | 60 |
| C/ Le travail en groupe | 61 |
| D/ La charge administrative | 62 |
| V/ CONCLUSION..... | 64 |
| VI/ BIBLIOGRAPHIE | 66 |

| | |
|---|-----------|
| VII/ ANNEXES | 66 |
| Annexe 1 : Texte d'introduction | 69 |
| Annexe 2 : Recueil des caractéristiques de l'interviewé..... | 69 |
| Annexe 3 : Tableau de caractéristiques globales | 69 |
| Annexe 4 : Entretien de MG3, pour exemple | 71 |
| Résumé | 88 |

I. INTRODUCTION

En France, au 1^{er} janvier 2022, plus de 317 000 médecins inscrits à l'Ordre des médecins ont été recensés dans l'Atlas de la Démographie médicale édité par l'Ordre des Médecins, dont 9,3% en Occitanie (soit presque 30 000). (1).

Toutes spécialités confondues, la plupart des médecins exercent en libéral : ils sont 57% dans cette situation dont 46% en exercice libéral exclusif (2).

Pendant leurs études, 75% des internes toutes spécialités confondues envisagent une activité libérale ou mixte, mais seulement 12% exercent finalement en libéral à la sortie de l'internat (1% en mixte), puis 35% s'installent en libéral à 5 ans (3). D'après une enquête de l'ISNAR-IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) portant sur presque 2500 internes de médecins générales, non thésés et thésés des promotions 2010 à 2014, plus de 80 % d'entre eux envisagent une installation en médecine générale et en ambulatoire, et 36 % prévoyaient de le faire dans les trois ans qui suivent la fin de leur internat (4).

Plus de 84 000 médecins généralistes sont enregistrés au Tableau de l'Ordre. D'après la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), parmi ces médecins généralistes, 65 470 ont au moins une partie de leur activité en libéral (57 033 en libéral exclusif) (2).

Cependant, depuis une vingtaine d'années, la densité médicale des médecins généralistes a diminué de 18%, et la France a perdu 5000 médecins généralistes entre 2010 et 2021 alors qu'elle gagnait 2,5 millions d'habitants, dans un contexte d'augmentation de l'âge moyen de la population et de la prévalence des maladies chroniques. (5)

Des solutions ont tenté d'être apportées avec par exemple la suppression du numéris clausus. Mais d'une part les effets d'une telle mesure ne sont pas immédiats et d'autre part elle ne règle pas la question de l'installation à la fin du cursus.

En effet, d'autres dimensions s'ajoutent à cette envie d'installation, notamment le sentiment d'« être prêt à exercer » défini par le Dr OUDE ENGBERINK, passant par trois phases majeures, le contact angoissant du métier, puis l'acquisition d'une compétence réaliste et se terminant par la maîtrise des processus professionnels (6).

Ces étapes sont censées être développées au cours du troisième cycle des études médicales, dont le programme comporte, entre autres, la « préparation du médecin généraliste (...) à la gestion du cabinet » (7).

Le CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants), en 2009 dans le référentiel métier et compétence des médecins généralistes, a émis la définition de l'outil métier, comme une somme de trois capacités : « organiser le temps de travail de façon à préserver sa capacité de travail et d'investissement », « adapter le lieu et les conditions d'exercice à ses besoins » et « gérer l'outil de travail et les ressources humaines selon les modalités de l'exercice » (8). Ainsi, en synthèse, nous retrouvons une gestion de l'entreprise sur le plan temporel, matériel et administratif.

L'organisation et la gestion d'un cabinet libéral nécessite ainsi des notions importantes telle que la gestion d'un stock, le management, mais aussi comptables et fiscales, à l'inverse du salariat où ces éléments-là sont pris en charge par une équipe dédiée. La formation théorique et relationnelle suivie lors du cursus du médecin généraliste peut apparaître insuffisante pour certains.

A Montpellier, dans la maquette d'enseignement 2023-2024, nous retrouvons, et ce de manière facultative, seulement un enseignement en e-learning (« S'installer en libéral ») et un enseignement en présentiel (« L'installation ») concernant cette thématique. (9)

Les pharmaciens, eux, semblent mieux préparés à la gestion du libéral pendant leurs études. Par exemple, à Paris, lors de la 5^{ème} année de pharmacie filière officine, une unité d'enseignement entière y est dédiée, sous le nom de « gestion et management de l'officine » (10). On peut supposer que s'il y avait plus de cours de gestion dans le cursus de médecine, cela faciliterait l'installation des jeunes internes.

Cette dimension peut ainsi faire partie des raisons qui freinent des médecins nouvellement diplômés à s'installer, devant l'apparent éloignement de la pratique médicale au sens strict face à ces notions pouvant apparaître comme obscures. (11)

Chaque médecin généraliste installé a une organisation qui lui est propre, facilitée ou non par le local dans lequel il exerce. Une étude de 2008 souligne que l'amélioration de l'environnement constituant le cabinet est associée avec une amélioration de la perception de la relation médecin patient de la part du patient, une réduction de l'anxiété et une augmentation de la satisfaction du patient mais aussi du médecin (12).

On peut se demander également quel est l'état d'esprit actuel des médecins généralistes concernant leur cabinet. En effet, de nombreuses tâches non médicales leur incombent, et malgré des aides théoriquement disponibles (secrétariat, logiciel médical, expert-comptable...), elles ne sont pas obligatoirement utilisées, pouvant renforcer une charge mentale pesant sur les médecins les plus isolés.

Lors de mes stages chez le praticien dans mon cursus d'internat de médecine générale, j'ai pu être confronté à des pratiques et organisations diverses, mais j'ai aussi pu, de manière subjective, me confronter à l'état d'esprit ainsi qu'à l'humeur de mes maîtres de stage en lien avec différents aspects du cabinet : la frustration suite à la défaillance informatique, la fluidité des rendez-vous par l'intermédiaire d'un secrétariat, la difficulté de communication entre associés ou encore la nécessité de faire sans un certain type de matériel, par manque de stock.

Je me suis intéressé aux médecins généralistes installés en Occitanie, pour explorer leur vécu de la gestion d'un cabinet, et permettre de dégager des axes potentiels d'améliorations, de leurs débuts en tant que jeunes installés, jusqu'à leurs projets futurs en passant par leurs défis quotidiens.

L'objectif de mon travail de thèse était d'explorer la perception des médecins généralistes sur la gestion de leur cabinet de médecine générale.

La question de la gestion d'un cabinet de médecine générale est vaste, mais certains points me semblent plus pertinents, à travers mon expérience personnelle :

- La dimension sociale et managériale, de par l'importance qu'elle revêt dans l'aide apporté au quotidien par exemple avec un secrétariat,
- La gestion des consommables ainsi que des déchets, dans notre époque où l'écologie prends une place prépondérante,
- La relation avec ses associés, dans une pratique de la médecine qui devient de plus en plus complexe et pluridisciplinaire au fil des années,
- L'impact de la formation initiale et professionnelle via les remplacements sur les représentations mais aussi sur les débuts d'installation des médecins généralistes,
- La charge de travail non clinique ainsi que son retentissement sur la qualité de vie du praticien.

II. MATERIEL ET METHODE

La rédaction de cette partie s'est faite en s'appuyant sur les critères COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) (13).

1. Cadre théorique

Le présent travail de recherche était une étude qualitative basée sur des entretiens individuels semi dirigés.

Le choix d'une étude qualitative a été motivé par la recherche du vécu, des motivations, ainsi que des émotions des médecins généralistes.

Cette étude a utilisé des entretiens semi dirigés devant le caractère personnel des informations, ainsi que de la pudeur pouvant s'en dégager. Cela permet également des informations plus riches et une analyse en profondeur des résultats.

L'analyse était thématique, déterminée à partir des données recueillis.

2. Recueil des données

Les données ont été collectées avec le consentement oral des personnes participants à l'étude.

Toutes les données ont été anonymisées.

A. Caractéristiques de l'investigateur

L'investigateur était Thomas QUINSAC, interne de médecine générale avec une expérience de remplacement libéral.

Tous les entretiens ont été menés par le même investigateur.

B. Sélection des participants

Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes d'Occitanie, recrutés initialement par l'intermédiaire du Conseil de l'Ordre des Médecins de L'Hérault par un courriel.

Un autre mode de recrutement a été réalisé sur la base du volontariat parmi les médecins rencontrés par le chercheur en stage et en enseignement.

Les critères d'inclusions étaient : être docteur en médecine générale, installé en cabinet libéral en Occitanie ou avec une activité mixte dont du libéral.

C. Déroulement des entretiens

L'ordre des entretiens a été réalisé suivant les disponibilités des médecins interrogés mais aussi de l'investigateur.

La présentation de l'investigateur ainsi que du travail de recherche a été effectué par l'intermédiaire d'appel téléphonique, de messagerie électronique ou de sms, en amont de l'entretien.

Les entretiens ont été le plus souvent réalisés dans le lieu d'exercice des médecins généralistes. Cependant, pour des raisons organisationnelles propre au cabinet, l'entretien a pu, dans de rares cas, être réalisé au domicile des médecins.

Les seules personnes présentes au cours de l'entretien étaient l'investigateur et le participant à l'étude.

Seul un entretien a été réalisé avec deux participants du même cabinet lors de la même entrevue, à la demande des médecins et ce pour des raisons organisationnelles. Chaque question du guide d'entretien a été répondu à titre individuelle par ces participants.

L'investigateur déclare connaître deux participants mais il a été jugé que cela n'entraînait pas de biais.

Un minimum de caractéristiques de l'enquêteur a été communiqué aux participants pour limiter les biais.

Les entretiens ont débuté par la lecture du texte d'introduction (annexe 1) puis ont continué avec le recueil d'informations (annexe 2).

L'enregistrement a ensuite commencé avec le déroulement du guide d'entretien (cf infra).

Les participants à l'étude ont été enregistrés sur l'application « Dictaphone » d'un iPhone, ainsi que par la même application sur le MacBook Air de l'investigateur.

Un temps de discussion libre non enregistré a alors été pris à la fin de l'entrevue pour récolter des données qui étaient plus informelles et qui ont également été retranscrites.

D. Fin du recueil des données

La saturation des données a été définie comme le moment où de nouveaux entretiens n'apportaient plus d'informations substantielles ou de nouveaux thèmes à l'étude. (14).

Les entretiens ont été menés jusqu'à arriver à la saturation des données, soit après le neuvième entretien, et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour vérifier cette saturation.

3. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été élaboré par l'investigateur, puis relu et modifié par la directrice de thèse ainsi que lors d'enseignements dédiés.

La directrice de thèse, Dr RIEU-CLOTET, est en possession d'un Diplôme Inter-Universitaire « Recherche Qualitative en Santé ».

L'enseignant ayant fait des modifications lors de l'enseignement dédié à l'analyse d'étude qualitative est Dr OUDE ENGBERINK, experte en recherche qualitative.

Il se composait de questions ouvertes, commençant par une question générale pour situer le sujet, puis des questions plus centrées sur différents aspects de la gestion du cabinet ainsi que du ressenti des praticiens. Le guide s'est aussi intéressé aux débuts de l'installation ainsi qu'aux futurs et projets.

Un journal de bord était tenu par l'investigateur permettant l'évolution du guide d'entretien au fil de l'étude.

Après 2 premiers entretiens tests, aucune modification n'a semblé utile.

Guide d'entretien :

- **Si je vous parle d'organisation d'un cabinet de médecine générale, qu'est-ce que cela vous évoque ?**

Dans le cadre de ma thèse, la gestion d'un cabinet de médecine générale correspond à tout ce qui le compose, le secrétariat, la salle d'attente, le suivi des patients, la salle d'examen, le bureau.

- **Comment vivez-vous la gestion actuelle de votre cabinet ? Cela vous convient-il ? Était-ce l'idée dont vous vous en faisiez pendant votre internat ?**

- **Pouvez-vous me raconter le début de votre installation ? Comment l'avez-vous vécu ?**
 - Relance si besoin : Avez-vous pu accomplir tout ce que vous vouliez ou bien y a-t-il des choses restées en suspens ?
- **L'aménagement de votre local vous semble-t-il optimal ?**
 - Relance si besoin :
 - Voyez-vous des freins durant vos consultations ?
 - Verriez-vous des améliorations à y faire ?
- **Concernant le secrétariat, votre solution actuelle vous convient-elle ou aimeriez-vous en changer ? Pourquoi ?**
- **Vous êtes-vous senti accompagné sur le plan structurel ? A l'établissement de votre société ?**
- **Comment gérez-vous le matériel ?**
 - **Comment gérez-vous le stock de consommable ? Que pensez-vous de cette manière de procéder ? Utilisez-vous la stérilisation ?**
 - Relance si besoin : est-ce un poids dans votre exercice quotidien ?
 - **Que pensez-vous de la gestion de vos déchets ?**
 - Relance si besoin : Pensez-vous qu'il faudrait améliorer cette façon de faire ?
- **Comment voyez-vous votre charge administrative, sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune sensation de charge administrative et 10 la pire sensation de lourdeur administrative ? Quelles aides avez-vous pour limiter cette charge ?**
 - Relance si besoin :
 - Aide humaine ? (Infirmier de pratique avancée, expert-comptable...)
 - Aide matérielle ? (Logiciel...)
- **Actuellement, changeriez-vous quelque chose dans votre cabinet ?**
 - Relance si besoin : Avez-vous des difficultés dans votre gestion ?
- **Auriez-vous un conseil à donner aux futurs internes de médecine générale qui souhaiteraient s'installer ?**

4. Analyse des données

La retranscription a été réalisée sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® après chaque entretien, en comportant à la fois le verbal et le non verbal.

L'analyse a été produite grâce au logiciel XMind®, permettant un examen des données après chaque entretien.

Une analyse thématique a été réalisée.

5. Aspects éthiques

Le stockage des enregistrements ainsi que des retranscriptions ont été réalisés sur un ordinateur sécurisé par mot de passe et non relié à un stockage en ligne, ainsi que sur un disque dur externe.

Les enregistrements ont été supprimés une fois la retranscription écrite réalisée.

Mon étude étant une étude de pratique de professionnels de santé, elle se situe hors loi Jardé.

N'utilisant pas de données considérées comme sensibles et n'ayant pas de projet de publication, je n'ai pas besoin de l'avis d'un comité d'éthique.

Étant donné que je ne traite pas de données sensibles et que mon étude ne concerne pas les patients, je n'ai pas besoin de faire une déclaration au DPO (Data Protection Officer).

L'investigateur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

III. RESULTATS

1. Population étudiée

Les entretiens se sont déroulés de mai 2023 à janvier 2024.

Au total, onze participants ont été inclus. Il n'y a pas eu de retrait de consentement au cours de l'étude, ni de refus de participation.

Les entretiens ont duré entre 15 et 45 minutes, pour une moyenne de 26 minutes.

La population étudiée dans ce travail de thèse était constituée de 11 médecins généralistes dont 8 femmes et 3 hommes, d'âges variés entrant dans tous les créneaux d'âge hormis les plus de 74 ans (cf tableau 1).

Tous les médecins généralistes exerçaient en Occitanie conformément aux critères d'inclusion, dont 9 dans l'Hérault et 2 dans le Gard. Ils exerçaient rarement seul (1 médecin sur les 11) et se répartissaient entre cabinet de groupe (5 médecins) et MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) (6 médecins).

On peut noter une prédominance d'exercice en milieu semi rural, avec 9 des 11 médecins généralistes.

Le logiciel métier le plus utilisé (7 médecins sur les 11) est Weda®.

Tous les médecins généralistes interrogés avaient au minimum 1 enfant, et 10 sur les 11 en avaient plus d'1. De la même manière, ils étaient 10 à avoir une situation maritale, quel qu'elle soit (pacsé, marié ou relation libre).

Tableau 1 : Caractéristiques individuelles

| Participant | Sexe | Age (années) | Vie maritale | Type d'exercice | Milieu d'exercice | Années d'installations | Secrétariat |
|-------------|-------|--------------|-------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|----------------------|
| MG1 | Homme | 35-44 | Couple, plus d'un enfant | Cabinet de groupe | Urbain | 5-10 | Mixte |
| MG2 | Femme | 35-44 | Couple, plus d'un enfant | MSP | Semi-rural | 5-10 | Téléphonique |
| MG3 | Femme | 45-54 | Couple, plus d'un enfant | Cabinet de groupe | Semi-rural | 15-20 | Téléphonique |
| MG4 | Femme | 55-64 | Célibataire, plus d'un enfant | MSP | Semi-rural | Plus de 20 | Sur place |
| MG5 | Femme | 55-64 | Couple, plus d'un enfant | MSP | Semi-rural | Plus de 20 | Sur place |
| MG6 | Femme | 35-44 | Couple, plus d'un enfant | Cabinet de groupe | Semi-rural | 10-15 | Mixte |
| MG7 | Femme | 25-34 | Couple, plus d'un enfant | MSP | Rural | Moins de 5 | Téléphonique |
| MG8 | Homme | 25-34 | Couple, un enfant | Cabinet individuel | Semi-rural | Moins de 5 | Téléphonique avec AI |
| MG9 | Femme | 55-64 | Couple, plus d'un enfant | Cabinet de groupe | Semi-rural | Plus de 20 | Mixte |
| MG10 | Homme | 65-74 | Couple, plus d'un enfant | MSP | Semi-rural | Plus de 20 | Sur place |
| MG11 | Femme | 35-44 | Couple, plus d'un enfant | MSP | Semi-rural | 5-10 | Téléphonique avec AI |

2. Résultats

A. Le cabinet de médecine générale, sa représentation et ses défis

- Un sujet vaste

MG9 (Médecin généraliste 9) : « *Il faut aussi organiser tout ce qui est eh bien tout ce qui est comptabilité, gestion du stock, euh ben je sais pas l'intervention pour dépanner les ordinateurs, la maintenance de tas de trucs* »

a/ Autour du local

Physiquement...

- Un cabinet qui doit être accessible.

MG5 : « *Au départ il faut prévoir le lieu, que ce soit pratique pour y aller revenir, pour les patients un parking pour se garer* »

- Mais aussi adapté aux besoins du médecin généraliste.

MG9 : « *D'abord c'est l'organisation... Euh eh ben d'un bureau, d'un bureau d'examen et qui doit être adapté au travail qui est fait par le médecin généraliste* »

Et matériellement !

- Il y a une nécessité d'une bonne gestion du matériel, en bonne quantité et de manière efficiente.

MG2 : « *Avoir du bon matériel pour examiner les patients sans être gêné parce qu'on a quelque chose qui ne fonctionne pas bien* » ; « *Avoir tout le matériel qu'il faut (...) pas tomber en rupture de quelque chose* »

L'aspect administratif est également présent

- La charge administrative des administrations mais aussi leurs aides font partie intégrante du cabinet.

MG8 : « *Y'a aussi toute la paperasse administrative de l'ordre de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), de l'ARS (Agence Régionale de Santé)* » ; « *demander les aides potentielles ou aller les chercher, se renseigner là-dessus* »

b/ Autour de l'humain

MG6 : « C'est l'organisation (...) des professionnels à l'intérieur, donc des humains (...) les médecins et le secrétariat physique »

- L'importance de pouvoir accueillir les patients de manière adaptée, avec des rendez-vous programmés, mais aussi de prévoir l'urgence.

MG4 : « Je pense personnellement que c'est bien sur rendez-vous, sans rendez-vous c'est... (un peu exaspérée) » ; **MG5 lui répondant** : « Mais du coup faut garder des créneaux » ; **Réaction de MG4** : « faut garder des créneaux pour les urgences, ne pas mettre à disposition tous les rendez-vous sur internet »

MG2 : « Pouvoir proposer des créneaux d'urgence au patient, être assez dispo pour aller voir quand il faut »

- Une offre de soins satisfaisante en lien avec la qualité de soin.

MG3 : « Amélioration de son temps personnel et amélioration de la qualité de soins, de la relation avec les patients »

- L'accent est mis sur le fait de préserver une bonne qualité de vie pour le praticien.

MG8 : « Les besoins personnels de vie privée et d'accorder les deux pour pouvoir travailler correctement, efficacement et puis justement garder plaisir dans le travail en se ressourçant à la maison »

MG2 : « Arriver à subvenir à toutes les urgences de la journée sans forcément finir très tard »

c/ Les autres professionnels

- Une notion importante : le travail à plusieurs.

MG3 : « La médecine aujourd'hui c'est pas un travail seul, c'est un travail pluri professionnel »

- Il faut réfléchir en amont à la place et à l'impact du secrétariat devant la balance entre la mise en place presque définitive et les charges importantes.

MG4 : « Quand tu t'engages dans un truc, t'embauches quelqu'un, après aussi pour s'en séparer c'est pas simple. Ça induit encore des frais, c'est compliqué »

MG5 : « Voir si tu vas prendre un secrétariat ou pas, c'est des charges, beaucoup de charges (...) ce sont des choses qu'il faut penser en amont »

- Le travail en équipe est une notion retrouvée chez plusieurs praticiens.
MG5 : « *Bien choisir ses associés* » ; **MG4, de façon prompte** : « *Mais travailler en association quand même parce que tout seul c'est pas cool du tout* »
MG10 : « *On est une MSP euh... une organisation collégiale collective avec d'autres professionnels de santé* »
MG11 : « *La volonté de travailler en commun (...) c'est le fait de travailler de façon collective, en étant organisés, coordonnés et en travaillant en équipe, et que ça ait un sens de travailler en équipe* »

B. La préparation en amont

a/ Une recherche documentaire importante

MG1 : « *J'avais fait pas mal de recherches (...) sur des forums* » ; « *J'avais été justement sur un séminaire (...) sur l'aide à l'installation* »

- Mais peut-être pas pour tout le monde de par un apport familial.
MG2 : « *J'avais pas forcément de crainte à m'installer parce que (...) je savais que eux (ses parents) m'expliqueraient* »
MG1 : « *Issu d'une famille libérale je savais ce que c'était d'avoir des revenus à l'année (...) le fait que ce soit du brut (...) je savais qu'il y avait des charges à penser dans un cabinet* »

Pour combler un manque ?

- Dans un contexte de sensation de manque de formation initiale.
MG1 : « *Beaucoup de choses qu'on n'a pas dans des cours* »
MG6 : « *Je trouve que pour le coup on nous l'apprend pas du tout, on nous en parle pas du tout* »
- Notamment sur le versant de l'entrepreneuriat nécessaire en cabinet libéral.
MG 11 : « *J'estime qu'on n'est pas très bien formé pour être chef d'entreprise parce que finalement c'est ça que ça veut dire* »
MG6 : « *On nous apprend pas à nous organiser pour ça, à même imaginer les frais que ça peut représenter* »

- Mais aussi possiblement un manque au niveau pratique.

MG6 : « *A mon époque (...) il y avait pas le stage de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) obligatoire (...) c'était un peu léger du coup* »

Pouvant potentiellement dissuader de poursuivre son projet

- Il existe des peurs initiales sur l'installation.

MG11 : « *Quand j'étais interne le fait de devoir passer le cap, ne plus être salarié (...) de devoir, voilà avoir cette activité libérale, c'est quelque chose qui était effrayant pour moi* »

MG2 : « *On est un gestionnaire d'une entreprise et c'est vrai qu'on en parle pas beaucoup pendant l'internat (...) mais bon du coup ça freinerait l'installation c'est pas forcément bien non plus (rires)* »

b/ Prendre en compte les expériences professionnelles et l'apport de la formation initiale

Le faible apport de l'externat

MG3 : « *Le seul stage de MG que j'ai eu c'était en quatrième année, une semaine, un praticien rural qui m'a mis dans un coin (...) je n'ai rien appris* »

Durant l'internat

- Certitudes...

MG2 : « *Pendant l'internat je m'étais toujours dit je m'installerai en cabinet de groupe avec une secrétaire* »

... Confrontés à la réalité professionnelle par la suite.

MG2 : « *On se rend compte que l'argent n'arrive pas non plus à flot (...) et donc c'est pas si évident que ça* »

- Difficultés de projections dans l' « après ».

MG2 : « *Pendant l'internat on réalise pas la charge mentale que ça implique* » ;
« *tout le côté un peu d'être en entreprise on n'y pense pas du tout* »

MG7 : « *Je m'étais pas vraiment projetée plus que ça pendant l'internat en fait* »

MG6 : « *Ben je crois qu'on n'y pense pas trop (rires)* »

- L'internat permet déjà de faire un tri dans les bonnes et les mauvaises idées !
MG8 : « *J'ai pioché un petit peu pendant l'internat de ce qui me plaisait, j'ai vu ce qui me plaisait pas, où j'étais pas à l'aise ou je sentais que pour un stage ça allait mais sur le long terme ça me convenait pas* »

La forte valeur ajoutée des remplacements

- Voir la « vraie vie » du cabinet.
MG7 : « *C'est plus pendant les stages de remplacements (...) qu'on voit le plus de cabinets et qu'on se dit (...) ben ça je veux bien, ça je veux pas* »
- Renforce et permet de découvrir d'autres facettes pouvant (ou non) être reproduit dans son propre cabinet, et notamment le secrétariat.
MG7 : « *J'ai fait 4 mois de remplacement (...) dans un cabinet (...) et y'avait rien, pas de secrétariat, pas de téléphone, c'était juste Doctolib (...) j'ai compris que ce genre de chose je voulais pas, à classer les papiers* »
MG3 : « *En faisant les remplacements j'ai vu ce que je voulais et j'ai vu surtout ce que je ne voulais pas* » ; « *avoir une secrétaire c'est génial, avoir du temps pour le patient c'est génial* » ; « *Ne pas travailler seule* »
MG8 : « *J'ai eu fait des cabinets où y avait pas de secrétariat, et puis... être dérangé à chaque consult par le téléphone, ça allait pas* »

c/ L'importance du budget préalable

- Pour permettre de se lancer.
MG1 : « *J'avais prévu de mettre pas mal de sous de côté quand même* »
- Pour financer le matériel.
MG8 : « *C'est un mois ou deux (...) à rechercher, essayer de trouver les bons équipements mais pas trop chers* »
- Pour financer le local.
MG8 : « *Je suis locataire (...) si ça marche pas j'ai pas mis beaucoup de billes et puis je peux repartir et je perds pas grand-chose* »

C. La création du cabinet

a/ Toutes les créations ne se ressemblent pas

Reprendre un cabinet existant

- Issu de l'histoire familiale...

MG2 : « *J'ai repris le cabinet de ma mère et c'est mon père qui gérait beaucoup le cabinet* »

Avec ses avantages...

MG2 : « *Il m'a dit direct ce qu'il fallait faire pour la compta (...) j'avais pas conscience qu'il fallait compter les chèques et tout ça à la fin* »

Mais aussi ses inconvénients.

MG2 : A la fin de l'entretien, MG2 m'a confié n'avoir pas eu la possibilité de faire des remplacements entre l'installation et l'internat, devant le fait que sa mère l'aurait probablement mal pris.

- Suite à un départ à la retraite.

MG6 : « *J'ai pris la suite d'un médecin qui partait à la retraite (...) c'est mon médecin et ami et il trouvait personne pour reprendre* »

Les créations totales de cabinet

MG1 : « *C'est une création de A à Z et pas une reprise* »

- Des débuts en solitaire avec des difficultés variées.

MG3 : Au début de l'installation, le local était un appartement aménagé en cabinet « avec un locataire au-dessus, qui a allumé un feu qui nous a pas averti, il y avait un incendie »

- Intégré dans un projet de vie familiale.

MG9 : « *Je me suis installée avec mon ex-mari* »

MG10 : « *Le choix qu'on avait fait avec mon épouse c'est de s'installer en groupe, c'est-à-dire à deux et non pas isolément* »

- Ou après des projets qui ont échoués.

MG8 : « *J'avais eu un projet d'association avec un médecin qui est tombé à l'eau* », d'où le choix de la location (Cf MG8, B.3)

Être intégré dans une structure existante

MG5 : « *On est arrivées toutes les deux dans des structures déjà faites, déjà construites* »

- Suite à des remplacements et une collaboration.

MG5 : « *J'ai commencé par remplacer dans un cabinet où il y avait deux médecins (...) je suis passé collaboratrice et après (...) on a demandé à (MG4) de venir* »

- Pour travailler en pluridisciplinarité.

MG11 : « *Je suis allé là-bas parce que je retrouvais ce travail en équipe et ce travail, cette volonté de travailler en pluri pro* »

Commencer ou continuer son exercice libéral avec une autre activité

MG3 : « *J'ai occupé un poste de médecin coordinateur parce que j'ai une capacité en gériatrie* »

- Notamment avec un poste hospitalier.

MG3 : « *Ça a été très cool parce que je continuais à faire du temps partiel à l'hôpital et un salariat dans une aide sociale* »

MG9 : « *Quand j'ai eu l'internat (...) je savais déjà que je ne voulais pas faire que de la médecine générale (...) j'ai fait faisant fonction d'interne un temps* »

b/ Le choix des associés

MG3 : « *Moi je ne voulais pas travailler seule donc soit du salariat hospitalier pour travailler en groupe, soit ici et en groupe* »

- Globalement une bonne expérience...

MG1 : « *J'ai la chance d'avoir deux associés avec qui je m'entends très bien* »

- Notamment pour les patients !

MG1 : « *Ils vont de l'un à l'autre des médecins (...) ils le disent « ah mais ça se voit vous êtes en phase tous » »*

- Si les associés s'entendent bien entre eux.
MG1 : « *Si jamais tu as des divergences (...) de pratique ça peut aboutir en des tensions et du coup à des échecs d'association* »
MG3 : « *On s'engueule toujours mais on s'engueule et puis on rigole, et puis le soir on boit un coup et tout va bien* »

- Il existe des difficultés à trouver des associés initialement.
MG1 : « *La chance qu'on a dans mon cas de figure c'est qu'on se connaissait un petit peu avant, on a la même philosophie* »
MG9 : « *J'ai mis très longtemps à trouver une associée (...) je suis presque restée une dizaine d'années toute seule* »

c/ Facilitateurs et obstacles

- Une installation dans des conditions favorables, notamment à une époque où existait la crainte de manquer de patientèle.

MG10 : « *On a bénéficié de l'arrivée de familles de militaires (...) donc de familles jeunes avec des enfants et qui s'installaient (...) on était deux médecins au pied des immeubles* »

Différents types d'aides

i/ Humaines

- Des confrères déjà, au niveau matériel ou de conseil.
MG8 : « *Y avait un médecin qui partait à la retraite et qui m'a donné un petit peu de matériel pour démarrer, la table d'examen, son ECG* »
MG6 : « *On faisait un peu de compagnonnage* » ; « *j'allais boire le café et puis il me parlait des patients qu'il avait suivi, des familles un peu compliquées* »

- Le secrétariat déjà présent avec une augmentation du temps de présence.
MG4 : « *Quand je suis arrivé il y avait un secrétariat* »
MG5 : « *Elle était deux fois par semaine et puis après tous les matins, et puis après on a rajouté deux après-midi* »

- La gestion des tâches administratives personnelles du MG par le secrétariat !

MG9 : « *J'avais une secrétaire à mi-temps (...) qui m'aidait dans la gestion (...) prise de rendez-vous, gestion de dossiers des patients, et aussi tous mes papiers personnels* »

- L'aide de différents professionnels.

MG3 : « *Au point de vue juridique c'est notre comptable qui nous a soutenu jusqu'au bout* »

MG11 : « *Je suis allée chercher des compétences que j'avais pas* » ; « *ça coute plus cher mais ça me semble être une sécurité indispensable pour justement anticiper les soucis* »

ii/ Aide des collectivités via la mairie, notamment pour le local

MG7 : « *Ils ont tout fait pour nous faire venir donc on a été très bien accueilli* »

- Que cela soit pour l'achat.

MG6 : « *Grâce à la mairie on a réussi quand même à acheter notre local (...) pour éviter de louer à des prix très très élevés* »

- Ou pour la location, notamment pour créer un bien être chez les soignants.

MG7 : « *Ils ont tout fait pour qu'on se sente bien dans les locaux* »

MG10 : « *Le maire a pris en main vraiment la situation* » ; « *le projet s'est ficelé, on nous a (...) beaucoup demandé ce qu'on attendait comme organisation de chaque cabinet* »

Des obstacles pouvant venir des mêmes sources...

i/ De confrères...

- Confrère, mais aussi mari.

MG9 : « *Il y a eu une séparation (...) il a décidé de quitter le cabinet, donc j'ai dû renoncer à mes vacances pour faire un temps plein de médecine générale* »

- De confrère partant à la retraite, faisant faux bond au dernier moment.

MG10 : « *On est descendu pour rencontrer ce médecin qui vendait sa clientèle (...) on s'est croisé avec un télégramme (...) disant ne descendez pas ça y est j'ai vendu à quelqu'un* »

ii/ Mais également des instances

MG5 : « *Pas du tout* » en réponse à l'interrogation sur le soutien de la mairie ou d'organismes officiels

- Une absence de soutien de la part de la mairie, avec un fort ressentiment de la part des MG.

MG3 : « *Je vous passe dix ans de guerre, même plus* » ; « *aucune mairie ne nous aide* » ; « *on ne travaille pas avec les mairies* » ; « *ils font tout pour vous enfoncer* »

- Mais également des promesses non tenues.

MG4 : « *Ils nous promettaient que oui la maison médicale se fera c'est sur on vous lâchera pas* » ; « *notre tort a été d'attendre six ans en leur faisant confiance* »

MG7 : « *Une fois installés ils nous ont un peu tapé dans le dos en disant bon ben y'a plus qu'à faire la maison de santé* »

- Parfois également un défaut ordinal.

MG4 : « *J'ai téléphoné au conseil de l'ordre (...) on n'a pas de local on trouve rien (...) est ce qu'on peut s'intégrer dans un local qui n'est pas aux normes ou est ce qu'on doit fermer ? Sa réponse a été très très claire : vous fermez* »

- Des aides de l'ARS potentiellement non adaptées.

MG7 : « *On a des aides de l'ARS pour l'installation (...) les deux premiers mois on n'avait pas ce minimum (de patient) et le troisième mois en fait ben on avait dépassé le seuil maximal* » ; « *ça a pas été très utile cette aide-là* »

d/ Le début de l'installation

Globalement bien vécu par les MG

- Beaucoup d'excitation, permettant d'avoir une bonne rémunération avant le terme prévu.

MG1 : « *Au début (...) beaucoup d'excitation et puis c'était sympa* » ; « *Je m'étais mis six mois pour un peu gagner ma vie. Finalement c'est arrivé assez vite* »

- En douceur, du remplacement à l'association.

MG3 : « Ça s'est fait très doucement (...) d'abord en remplaçant, puis en collaboration, puis en association, puis j'ai lâché mes salariés »

- Aide et compagnonnage satisfaisant.

MG6 : « Avec lui à côté (...) on n'est pas loin de l'hôpital, ça m'a rassuré dans le sens où s'il y a une urgence j'étais pas seule à gérer »

- Notion de choix, dans un contexte d'une vie familiale ancrée.

MG6 : « Mon mari travaillait déjà sur Montpellier (...) je venais d'acheter une maison »

Malgré un contexte de création pouvant être difficile

MG7 : « Ça a été un peu compliqué psychologiquement et financièrement »

- Une sensation de solitude durant l'année Covid.

MG2 : « Début 2020 (...) ma mère qui partit à la retraite (...) mon associée elle était en congés maternité et on a eu le covid (...) Je me suis senti seule sur le bateau complètement quoi »

- Installation précipitée par peur de perdre la libre installation.

MG6 : « Ça m'embêtait un peu de me dire (...) si dans deux je suis remplaçante et que là ils disent vous vous installez dans un désert »

- Difficulté dans un désert médical avec une grosse demande.

MG8 : « Quand il y a un médecin qui s'installe (...) tout le monde veut prendre rendez-vous le premier jour, et j'avais un petit peu l'angoisse (...) de la Cour des Miracles le premier jour à l'ouverture du cabinet »

D. Les défis du quotidien

a/ Faire avec le local disponible

Parfois le local nécessite des changements, qui ne sont pour le moment pas aboutis, par manque de budget, de temps, ou simplement non réalisables.

- Un rangement important et nécessaire.
MG2 : « *C'est plus le rangement à optimiser* » ; « *il y a beaucoup de place (...) de rangement qui sont pris aux dossiers papiers (...) de ma mère* »

- Une nécessité de faire avec des murs déjà construits.
MG1 : « *On s'est adapté d'une structure existante (...) une maison rénoverée avec tout ce que ça entraîne (...) pas d'un local purement professionnel* »

- Une question de budget.
MG3 : « *L'optimal ça se paye et on ne peut pas* »

Un changement de local est parfois nécessaire !

- 6 médecins généralistes sur les 11 interrogés ont changé de locaux depuis leurs installations (MG3, MG4, MG5, MG6, MG10 et MG11), pour des raisons diverses.

- MG6 avait besoin de changement après avoir exercé de manière dégradée.
MG6 : « *C'est un projet d'une vie mais j'étais 8 ans dans l'autre cabinet tout vieux qui n'était pas du tout à mon image* »

- MG10 et MG11 voulaient travailler de manière pluri professionnelle.
MG10 : « *On a développé (...) ce projet pluri professionnel de MSP* »
MG11 : « *Je voulais bien revenir mais à condition qu'on crée un projet de maison de santé pluriprofessionnelle, qu'on arrive à déménager pour avoir des locaux qui soient adaptés* »

L'accessibilité pour tous

- Un accès pour les voitures mais aussi pour les PMR est important dans un cabinet de médecine générale...
MG5 : « *y'a le parking c'est pas mal (...) il est facile d'accès on peut se garer les gens en fauteuil viennent* »
MG1 : « *Coté PMR on a fait (...) au mieux* » (présence d'une rampe extérieure)

- Mais parfois avec des manquements !

MG1 : « *on s'est adapté d'une structure existante en fait ça... Une maison rénovée avec tout ce que ça entraîne, hein, côté accessibilité PMR, on a fait comme... au mieux. »*

MG2 : en discussion libre non enregistré, le praticien me livre qu'il possède une rampe amovible pour les PMR mais qu'elle est très rarement utilisée, à la fois de par le fait qu'il n'ait qu'un seul patient PMR, mais aussi parce que la sonnette qui permet d'appeler le praticien pour cela est cassée et non réparée.

- L'accessibilité peut être compromise par des causes externes.

MG1 : « *Notre espace extérieur (...) était parfait jusqu'à présent (...) on a dû vendre à la TAM pour la construction de la ligne 5 »*

On retrouve un espace convivial au sein du cabinet

- Cet espace peut servir à l'exercice quotidien...

MG3 : « *Coin de formation, de rencontre (...) on a un grand mur où on rétroprojette des choses »*

MG10 : « *On a ces réunions régulières (...) d'étude de cas clinique et puis (...) des réunions pluri pro »*

- Mais aussi à la détente !

MG1 : En dehors de l'enregistrement, MG1 me confie avoir un étage dédié à la pause des praticiens, pour prendre des pauses entre les consultations. Il y a une cuisine, un espace de musique mais aussi un bureau pour le secrétariat.

MG3 : « *On a notre lieu de repos, notre lieu de retrait, ça c'est super important d'avoir son petit coin »*

b/ Les avantages et inconvénients du secrétariat

Le secrétariat physique

- Une satisfaction très forte des MG.

MG1 : « *c'est parfait » ; « on est très content » ; « Je reviendrai pas en arrière »*

MG10 : « *Je pense que le secrétariat, c'est vraiment un point fondamental »*

MG11 : « *Ça fait partie des choses qui sont pour moi très importantes (...) travailler sans secrétariat ça me semblait juste complètement inenvisageable »*

- Un cout assez élevé, que ce soit en termes de risque...

MG2 : « Ça veut dire avoir un salarié à charge (...) si jamais ça se passe pas bien ou alors si elle est en arrêt maladie se retrouver sans rien »

Mais aussi en terme financier.

MG1 : « on n'a pas eu une secrétaire de suite car ça a un coût (...) on a commencé à l'avoir (...) après trois ans d'exercice »

MG6 : « C'est vrai que ça nous fait beaucoup de charge donc on se voit pas augmenter ses heures »

MG11 : « Un des gros postes de dépenses du cabinet, c'est la masse salariale de nos secrétaires »

- Il permet notamment un contact avec les patients qui est essentiel.

MG1 : « c'est toujours utile pour faire un premier filtre avec les patients à l'accueil »

MG5 : « Ils nous appelleraient sans arrêt s'il y avait pas de secrétaire, elle répond (...) à beaucoup de leur sollicitation »

MG10 : « C'est accueillir les gens, (...) les former à pouvoir répondre aux appels téléphoniques non urgent »

Mais un contact pouvant être à double tranchant.

MG4 : « Elle fait du boulot, les patients sont habitués et sont très mal habitués d'ailleurs »

MG6 : « L'accueil c'est que les gens s'habituent beaucoup à la personne humaine et quand elle est en vacances c'est très problématique »

- Il allège le praticien sur les tâches administratives.

MG9 : « Heureusement j'ai une secrétaire qui fait encore beaucoup de choses pour moi »

MG11 : « Ça nous coute très cher mais ça nous permet d'avoir une qualité de travail qui est royale »

- Avec bien sur des défauts, notamment le fait de ne pas pouvoir opérer de demi-tour pour MG4, et la difficulté sur les quotités horaires pour MG9.

MG4 : « Le problème c'est qu'aujourd'hui si on n'a plus de secrétariat (soupir) on aura un cap très difficile à passer »

MG5 : « *C'est difficile de revenir en arrière (...) tu peux pas lâcher ce poste sans complication* »

MG9 : « *On a une secrétaire pour trois qui fait trente heures, mais c'est son choix à elle, nous on cherchait un temps plein on n'a pas trouvé* »

Le secrétariat à distance

- Une solution moins couteuse mais avec de nombreuses contraintes, notamment un service non personnalisé au praticien et à ses patients.

MG2 : « *Elles savent pas forcément bien comment on fonctionne, puis elles s'occupent de plusieurs cabinets différents* » ; « *il y a des réponses de secrétaires qui sont pas forcément adaptées* »

MG7 : « *Elles tournent beaucoup donc en fait elles n'apprennent pas vraiment au fur et à mesure* » ; « *Il y a des aberrations sur des demandes, des urgences* »

Une solution mixte

- Permet surtout de soulager la présence physique.

MG6 : « *On a pris le secrétariat à distance pour soulager les appels déjà quand elle est pas là, et pour soulager même elle des appels juste pour les rendez-vous* »

Une alternative innovante : l'utilisation de l'intelligence artificielle

(Made4Med)

- Moins couteux que les différentes offres de secrétariat et permet un filtrage d'appel, mais aussi permet de répondre aux patients à son rythme.

MG8 : « *Ce système là je l'aime beaucoup parce que j'ai pas le téléphone qui sonne trop (...) ça me filtre* » ; « *Sans avoir de secrétariat qui serait trop cher tout seul, avoir (...) un filtre qui me permet de m'épanouir* » ; « *Le secrétariat m'apporterait plus grand-chose* »

MG11 : « *On utilise (...) Made4Med avec de l'intelligence artificielle pour (...) optimiser le recours aux secrétaires et surtout d'apporter une réponse à toutes les personnes qui appellent* »

c/ Les nombreuses aides humaines disponibles

Les IPA (Infirmier en Pratique Avancée)

- Les MG sont assez divisés, certains comme MG6 sont pour les accueillir en stage voir même travailler avec...

MG6 : « *Elle a pu venir ici parce qu'en plus on lui a parlé voilà d'un projet ensuite (...) de continuer à faire du libéral* »

Mais d'autres sont formellement contre, pour des raisons d'intégrité de la profession, mais aussi pour garder des consultations permettant de ventiler entre deux dossiers difficiles, et permettant de voir plus de personnes !

MG3 : « *Si je peux pas manger (...) parce que ben j'ai fait que trois cas au lieu d'en faire dix dans la matinée, ça ça m'embête* » ; « *On ne veut pas avoir à faire que des gros dossiers* »

MG9 : « *IPA j'ai pas l'impression que (...) ça va beaucoup m'aider. (...) Quand je vois mes personnes âgées une fois par trimestre pour le renouvellement (...) il se passe plein de chose (...) il y a tout un suivi* »

MG7 : « *Vous dire pourquoi j'aime pas ça ? (rires) alors ben parce que c'est de la médecine dégradée en fait* »

- Certains ont un manque de connaissance sur les IPA, et ne comprennent pas quelle utilité cela peut apporter par rapport à d'autres solutions.

MG8 : « *J'ai pas eu l'occasion de voir ce que c'était, de comprendre et ce que ça pourrait apporter à ma pratique* » ; « *j'arrive pas à bien voir le positionnement de l'IPA* »

Les assistants médicaux

- Nécessite des locaux adaptés.

MG8 : « *Pour ce que ce soit vraiment bien, il faudrait avoir deux cabinets pour un médecin* »

MG7 : « *J'ai pas assez de patient pour les avoir ni la place pour les accueillir* »

- Il existe un flou sur les aides à l'embauche.

MG2 : en dehors de l'enregistrement, MG2 me confie un frein à l'utilisation des assistants médicaux devant la période limitée des aides de l'État et le flou pour les années suivantes.

Les infirmières Asalées

- Nécessite également un local adapté, mais permet de faire une nette différence concernant l'éducation thérapeutique.

MG8 : « *Sur mon jour de visite (...) le bureau est libre, je peux lui laisser* » ; « *Les patients ont besoin de parler, ont besoin de temps (...) ça permet de décharger* »

Mais des difficultés de paiement sont à prévoir

MG8 : « *Faut compter neuf mois avant d'être payé, donc il faut pas compter dessus en fait (rires)* »

d/ Le lien avec la faculté

- Une volonté de formation continue.

MG3 : « *Je dois reprendre d'ailleurs un DU (Diplôme Universitaire)* »

Mais difficile à mettre en œuvre avec le contexte du cabinet.

MG1 : « *J'en fais pas autant que je voudrais (de formation) (...) maintenant que le cabinet roule à peu près* » ; « *ça serait peut-être bien de remettre ça en place* »

- Être MSU (Maître de Stage Universitaire) est une volonté forte.

MG3 : « *Être MSU ça c'est génial, fabuleux, il faut partager* »

MG6 : « *Je suis maitre de stage (...) je mets un point d'honneur à (...) montrer la réalité du cabinet* »

MG7 : « *On est en train de faire les formations pour commencer à accueillir les externes* »

MG8 : « *L'autre projet que j'avais (...) c'est d'être maitre de stage (...) je serai maitre de stage normalement l'année prochaine pour les externes* »

- Une nécessité pour les internes d'être formé au côté pluridisciplinaire.

MG10 : « *On pourrait presque dire que les maisons de santé pluri pro devraient être des lieux de stage privilégiés (...) je pense que ça reste dans beaucoup d'esprit encore assez abstrait* »

e/ Gestion des fournitures et des déchets

- Une notion importante devant les problématiques engendrées !

MG2 : « *Le frein c'est quand on tombe en rupture de matériel (rires), là on se sent bien bête et après alors plus une perte de temps* »

Une gestion des consommables pouvant être réalisé par diverses personnes

- Par les médecins généralistes eux-mêmes.

MG1 : « *on a des stocks et chacun regarde* » ; « *on fait trois clics (...) c'est livré* »

MG8 : « *J'ai dans mes armoires mon stock et donc quand j'arrive un peu au bout je commande je me fais livrer* » ; « *c'est pas un côté complètement désagréable, c'est un côté chef d'entreprise* »

Avec une notion de rôle attribué.

MG7 : « *Chacun a un rôle dans le cabinet (...) moi mon rôle ça va être de gérer justement le matériel et le stock* »

MG1 : « *Chacun a des petites fonctions qui sont un peu naturelles* » ; « *Certains prendrait plus le côté informatique, plus côté consommables, d'autres plutôt le côté communication* »

Mais qui nécessite une bonne communication avec ses associés !

MG1 : « *Si on voit que ça commence à baisser (...) on se met une petite note* ».

En dehors de l'enregistrement, MG1 me confie avoir un logiciel de messagerie interne permettant de faciliter la communication entre associés.

Ce qui n'est pas toujours le cas.

MG2 : « *C'était finalement trop compliqué (...) de déléguer à quelqu'un d'autre (...) on sait jamais quand ça va commander ni quoi ni combien* »

- Par le secrétariat, permettant de diminuer la charge des praticiens.

MG9 : « *On a fait une petite liste de choses dont on a besoin (...) notre secrétaire elle a à surveiller ça, elle surveille le stock* »

MG10 : « *On a délégué ce souci à nos secrétaires qui gèrent le stock aussi* »

Une notion importante : l'écologie

MG10 : *On essaie d'avoir une action sur l'écologie, puisque ben on a eu une interne qui a fait sa thèse sur l'écologie au cabinet des médecins »*

- L'implication du recyclage dans de nombreux cabinets.

MG6 : *« Tout ce qui est carton d'emballage et tout on essaie de les mettre à la poubelle jaune » ; « Les cartouches d'imprimantes moi je les ramène pour les recycler »*

MG9 : *« Moi je suis très engagée dans le tri donc j'ai instauré deux poubelles pour tout le monde »*

- Mais aussi du compostage !

MG8 : *« Il y a même du compostage (...) depuis avril, et je mets mon drap d'examen qui est pas souillé au compost »*

- Malheureusement, certains praticiens ne le pratiquent pas (encore ?).

MG2 : *« On n'a rien pour le recyclage » ; « C'est vrai qu'on est resté sur ces habitudes là c'est pas bien »*

f/ Un lien avec les divers professionnels de santé...

MG3 : *« alors je viens de finir le chapitre « organisation et coordination entre professionnels de santé sur la MSP » »*

- Un lien entre les associés qui est globalement positif.

MG3 : *« Ce qui est bien c'est que on s'entend très très bien mais on est toutes les trois différentes (...) c'est complémentaire »*

MG11 : *« Le travail en équipe nous aide (...) on compte les uns sur les autres »*

Mais pas toujours !

MG2 : *« J'ai souvent un peu les nerfs du fait de tout gérer moi »*

- Un travail en pluridisciplinarité marqué.

MG6 : *« On essaie de faire des réunions, de se voir (...) et parler un peu de l'organisation et savoir s'il manque des choses, si on pourrait améliorer des choses »*

MG8 : « *Je suis dans la CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) (...) ça me convient. Je fais quelques projets de soin (...) et puis je vois des collègues (...) pour ne pas rester seul aussi* »

- Avec des répercussions sur les patients !

MG10 : « *La finalité (...) c'est le fait d'être certainement beaucoup plus efficace auprès de nos patients hein. (...) Ils nous le font remonter hein* »

... Mais aussi avec les patients

- Un désinvestissement des patients dans leur rapport aux soins est retrouvé chez les praticiens

MG4 : « *Ils appellent pour tout et n'importe quoi, ils prennent un rendez-vous et rappellent cinq minutes après « je me rappelle pas à quelle heure j'ai pris rendez-vous » »*

MG9 : « *Je crois que les patients, ils ne savent plus rien. Ils ne se soucient plus de rien. Ils pensent que tout est marqué sur leur carte vitale, que tout est marqué dans leur DMP, que tout est marqué partout, eux, ils ne savent pas* »

Un phénomène dû à l'ère numérique ?

MG9 : « *Ils repartent avec un code (...) Ils n'ont plus de radio qui sont données (...) pareil avec les examens de laboratoire qui ne sont plus donnés (...) ils les ont plus en main* »

E. Le ressenti du médecin généraliste dans sa pratique

a/ Les sentiments positifs...

- De manière globale, une certaine satisfaction ressort...

MG7 : « *On est plutôt contentes de notre façon de travailler* »

Du travail réalisé jusqu'à présent.

MG1 : « *Au jour d'aujourd'hui je peux dire que (...) on en récolte les bons fruits* »

MG2 : « *c'était un gros chantier au début (...) finalement j'arrive à une activité qui se rapproche plus de ce que je voulais faire* »

MG7 : « *On a fait quand même pas mal de chose en 2 ans. On a vraiment bien travaillé quand même* »

De son lieu de travail.

MG10 : « *Aujourd'hui on se trouve dans des locaux tout à fait adaptés à notre pratique et très confortables* »

MG1 : « *Je pense que la structure (...) est ni trop grosse ni trop petite* » ; « *Nous trois on est contents de ce chiffre-là* »

MG6 : « *Pour le moment vraiment, comme on l'a pensé moi ça me va, oui* »

MG9 : « *J'ai eu la chance de m'installer (...) comme j'avais envie, ce dont j'avais besoin (...) c'était d'espace et donc j'ai un grand bureau* »

Du travail en équipe.

MG11 : « *Je pense que ça correspond (...) à un idéal, enfin ça correspond à... à des convictions personnelles (...) et vraiment avoir envie de... d'être dans le partage* » ; « *Là je trouve qu'on a une équipe qui fonctionne bien et donc je me sens bien dans mon outil de travail* »

MG7 : « *On mange ensemble et ça permet de décharger pas mal tous les soucis du quotidien* »

MG8 : « *L'aspect maison médicale (...) c'est intéressant parce que je croise un petit peu les infirmières, les collègues (...) et on peut, sans que ce soit officiel, faire un truc pluri pro* »

- Des adjectifs importants : reposant et équilibré.

MG6 : « *J'ai été toute seule pendant longtemps (...) donc je trouve qu'être associée c'est quand même (...) plus reposant parce que (...) on peut se partager les tâches* »

MG8 : « *J'ai réussi à trouver un équilibre entre ma vie familiale et le cabinet par des horaires* »

- Garder un intérêt dans sa pratique grâce à la pluridisciplinarité.

MG10 : Sur la question de comment le praticien vivait sa pratique « *Je la vis plutôt de façon intéressante* »

b/ ... Mais également négatifs

MG4 : « *Les patients appellent ils passent leur liste comme au supermarché. Et ça ça me fait péter* »

- Des termes forts, tels que de l'énervement depuis les patients...

MG9 : « *Je suis effarée par le fonctionnement que prennent les gens, les nouveaux patients* »

ou encore des praticiens découragés !

MG4 : « *Moi je suis un peu désabusée, beaucoup même* » ; « *Surtout le contexte actuel quoi (...) tout ce que tu peux lire c'est quand même très très contraignant* »

Mais aussi du stress et de l'isolement chez MG9, de par l'absence d'autres professionnels de santé.

MG9 : « *On est dans un village, c'est un peu compliqué (...) on n'a pas de laboratoire sur place, on n'a pas de radio sur place, on n'a aucun spécialiste sur place* »

- Un risque de burn out.

MG3 : « *Dans une construction d'une structure (...) c'est beaucoup de bénévolat (...) on peut se perdre y'a eu un burn out sur tous ceux qui ont commencé avec nous* »

c/ La charge administrative

- Une sensation de « lourdeur » générale.

MG2 : « *C'est un peu lourd* »

Devant le fait de travailler en dehors des heures ouvrables.

MG2 : « *On se dit « bon bah dans le week-end il faudra que je pense à faire une commande » »*

MG3 : « *On vient dimanche, les jours fériés, on organise, on ferme à vingt heures (...) et à partir de vingt heures ben on fait la paperasse, on appelle les patients* »

Mais aussi de surcharge de travail.

MG3 : « *J'ai pas assez de temps médical bien sûr que non ça nous convient pas, mais on fait avec* »

MG4 « *Tu as des nouveautés sans arrêt* » ; « *La charge administrative est de plus en plus lourde et il y a de plus en plus de choses qui sortent* »

Des difficultés notamment pour la récupération des résultats d'examens !

MG9 : « *Je reçois des comptes rendus trois fois (...) et en fait l'information est noyée* »

MG4 : « *Je me dis que des courriers sont perdus corps et bien* » ; « *ça te fait un brouillard... avant tu avais un courrier postal point à la ligne* »

Lié également aux instances de santé.

MG9 : « *Ce qui est encore difficile (...) c'est d'aller à la sécurité sociale chercher nos ordonnanciers (...) on ne pouvait pas prendre rendez-vous, il fallait qu'on fasse la queue (...) vous voyez ça, c'était un peu lourd* »

MG5 : « *Toutes les caisses c'est pas les mêmes normes* »

MG8 : « *Ils ont le listing des dépistages (...) Le listing n'est pas bon une fois sur quatre* » ; « *Les bons de transport (...) numérique (...) quand c'est la première fois t'es bloqué (...) on appelle des gens ils comprennent rien (...) On essaye de se débrouiller et c'est ça qui est un peu pénible quoi* »

- Il a été demandé aux médecins d'estimer leur charge administrative de 0 à 10, 0 était absence de charge, 10 la charge maximale.

MG6 : « *Je dirais sept au moins, je crois que c'est le pire, c'est plus que la gestion du cabinet et tout oui* »

La délégation de tâche permet de diminuer cette sensation sans l'annuler.

MG3 : « *Au tout début c'était dix voire douze (...) sept et demi à huit encore aujourd'hui (...) j'espère qu'on sera à six à la fin de l'année, à voir (...) On délègue petit à petit.* »

- Mais certains ont une sensation acceptable grâce à cette délégation de tâche et notamment le secrétariat.

MG10 : « *Ça nous a permis de déléguer beaucoup de chose* » ; « *Je dirais quand même qu'elles se sont allégées, donc moi je dirais oh allez trois sur dix* »

MG11 : « *On se repose à cent pour cent sur les secrétaires* » ; « *On fait déjà des grosses journées, si après mes journées il fallait que je passe deux heures tous les soirs (...) je pense que je tiendrais pas en fait* »

F. La vision du futur

MG2 : « *Ce qui me donne de l'espoir aussi c'est ce futur local* »

a/ De nombreuses idées pour le cabinet...

MG3 : « *Il y a encore plein de choses à faire et il y en aura toujours d'ailleurs* »

- Parfois trouvées ailleurs.

MG10 : « *On a prévu le mois prochain d'aller visiter une MSP près de Grenoble (...) on va là-bas pour voir quelles sont les idées qu'on pourrait adapter ici* »

Pour le bien être des patients

- Notamment en termes d'accessibilité.

Physique : **MG1** : « *Si je devais changer quelque chose ce serait d'avoir un peu plus de place de parking* »

Virtuelle : **MG3** : « *La future téléconsultation qui va se faire améliorer j'espère* »

Pour faciliter le travail du praticien

- Notamment en rapport avec le secrétariat, soit améliorer l'actuel en augmentant ses heures.

MG11 : « *Pour embaucher une troisième secrétaire* »

Ou en créant ce poste de dépense.

MG2 : « *Ça sera mieux parce qu'on aura un emplacement pour une secrétaire* »

MG3 : « *Avoir l'argent pour une secrétaire, une infirmière* »

- Ou bien une autre aide humaine, notamment dans le domaine des assistants médicaux.

MG3 : « *Nous on voudrait une assistante médicale* »

MG11 : « *On a investi sur le fait de former les secrétaires à être assistantes médicales et pour l'instant on n'a pas de retour sur l'investissement parce qu'on n'a pas la possibilité de valoriser cette formation* »

Dans un cadre amélioré

- Soit en cours de construction.

MG2 : « *On doit construire ailleurs et déménager (...) je me concentre sur le futur local* »

- Ou bien encore au stade de projet.

MG7 : « *C'est un bâtiment qu'on construit à plusieurs* » ; « *On aura aussi une grande salle de réunion* » ; « *Chacune aura son bureau* »

Développer la pluridisciplinarité

- Les praticiens ne souhaitent pas exercer seuls.

MG11 : « *Ne pas rester seul* »

MG3 : « *Pas seul, jamais seul* »

MG10 : « *Je pense que le concept de pluripro c'est certainement très enrichissant (...) dans le cadre d'une maison de santé pluriprofessionnelle* »

Mais avec des associés de confiance !

MG7 : « *Faut trouver les bons associés* »

- La MSP attire beaucoup de praticien.

MG8 : « *Pas dans l'immédiat, mais oui, ce serait un projet à moyen terme pour moi d'en faire une MSP* »

MG7 : « *On a fait monter le dossier de MSP et compagnie donc ça c'est en cours* »

MG3 : « *La MSP c'était une idée que j'avais depuis plus de quinze ans et qui avait pas abouti du tout et là les gens sont motivés autour de moi* »

b/ Mais une constante : le manque de place !

MG1 : « *J'aurai voulu que ce soit plus grand en fait* »

MG2 : « *Ce que je voulais (...) c'est pouvoir mettre un secrétariat, une salle de pause* »

MG5 : « *C'est sûr que l'autre bureau est trop petit, j'arrête pas de me cogner à droite à gauche* »

MG10 : « *On a actuellement 300-330 mètres carrés de surface et ça nous semblait énorme au début (...) peut être le regret c'est de n'avoir pas été assez ambitieux dès le départ* »

MG11 : « *On a des cabinets qui sont petits par rapport à nos besoins, c'est un peu étriqué, le secrétariat est trop petit, et puis là il nous manque des cabinets en fait tout simplement* »

- Dans ce sens, trouver d'autres praticiens est une priorité.

MG3 : « *On a encore des pièces de libre puisqu'on envisageait, on envisage toujours, d'avoir d'autres généralistes* »

MG4 : « *On cherche un jeune médecin intéressé pour travailler une deux trois demi-journées par semaine mais c'est compliqué parce qu'il faut avoir autre chose parce que tu peux pas vivre avec ça* »

MG10 : « *Recruter de nouveaux médecins parce que les besoins de santé (...) sont criants* »

c/ Conseiller ses futurs confrères

MG4 : « *Actuellement je sais pas tu vois (...) avec tout ce qu'on lit (soupir)* »

Ne pas être isolé

- Notamment au niveau des compétences.

MG3 : « *Plus il y a de monde plus c'est compliqué à gérer donc plus il faut se faire aider* »

MG8 : « *Demandez conseil aux anciens ou ceux qui se sont installés il y a pas si longtemps* » ; « *Se rapprocher aussi des CPTS qui fleurissent un peu partout* »

Un lieu important, qui a du sens pour sa vie personnelle et pour soi même

MG6 : « *Il faut choisir un endroit qui plait et où on peut avoir sa vie (...) par exemple au niveau des trajets* »

MG7 : « *Faut trouver (...) le bon coin qui plait* »

MG2 : « *Le conseil c'est de s'installer là où ils se sentent bien de manière générale (...) que ce soit un cabinet qui leur corresponde* »

Aspect financier

- Faire attention aux charges.

MG4 : « *Le conseil c'est faire attention aux charges de départ parce qu'il y a des fois des choses on peut pas revenir en arrière quoi* » ; « *Il vaut mieux commencer avec moins de charge de secrétariat ou un secrétariat à distance* »

- Connaitre la valeur de son travail.

MG9 : « *Vous devez réfléchir avant de commencer à travailler. De savoir à quel moment vous travaillez et à quel moment vous devez être payé* »

IV. DISCUSSION

1/ Validité interne

A/ Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale permettant d'explorer l'expérience des praticiens dans leur vie professionnelle quotidienne. Il s'agit de la première étude avec cet objectif. Au vu de la démographie médicale et des difficultés actuelles à ce que les médecins généralistes s'installent, cette étude a toute sa place.

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés.

Le guide d'entretien a été relu et modifié par 2 personnes formées aux études qualitatives. Il a été testé sur 2 entretiens sans qu'aucune modification ne paraisse nécessaire. L'enquêteur a su adopter une attitude ouverte, bienveillante, non jugeante permettant ainsi une expression maximale des médecins généralistes concernant leur vécu, de par le côté multisectoriel et complexe d'un tel sujet. Le fait que l'enquêteur soit lui-même un futur médecin généraliste a pu motiver d'autant plus les médecins à exprimer leur vécu.

B/ Limites et biais

a/ Biais de sélection

Cette étude n'a pas vocation à être représentative des médecins généralistes d'Occitanie devant le caractère qualitatif de l'étude, et de par le mode de recrutement. Étant sur la base du volontariat, on peut aisément imaginer que les praticiens les plus satisfaits de leurs conditions d'exercice ont été interrogés.

Parmi les onze médecins généralistes interrogés, il n'y a pas de bonne variabilité en termes de sexe (majorité de femme), cela peut être expliqué par la démographie actuelle où une majorité de femme poursuivent des études de santé.

Également, il n'y a aucun praticien sans enfant dans cette étude.

On peut supposer que ce manque de variabilité a augmenté la recherche d'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale. Cependant la recherche d'équilibre entre vie

personnelle et vie professionnelle est un intérêt même pour les hommes et les personnes sans enfant. Le biais est donc limité.

b/ Biais d'information

Il s'agit de la première étude qualitative de l'investigateur et donc les premiers entretiens, ce qui a pu amener à des relances avec des questions fermées, mais aussi un manque de relance lors de certaines interventions, malgré une écoute active et une attitude neutre la plupart du temps.

L'analyse a été menée uniquement par l'investigateur, il n'y a pas eu de triangulation des données pour des raisons organisationnelles, pouvant induire un biais d'interprétation.

2/ Synthèse des résultats et comparaison avec la littérature

A/ Le manque de formation initiale

Cette étude met en évidence un consensus parmi les praticiens interrogés : le manque de formation concernant la gestion d'un cabinet libéral. Cela entraîne des peurs et des appréhensions sur l'installation en devenir.

Le sénateur de l'Allié, Mr ROJOUAN, a posé la question au ministre de l'Enseignement supérieur et de la recherche concernant l'absence de cours de gestion dans la formation initiale.

Il estime que cela pourrait avoir un intérêt, notamment pour les futurs médecins généralistes.

Dans la réponse publiée le 31 août 2023, il est indiqué que la proposition est à l'étude et qu'elle serait ajoutée dans le programme du deuxième cycle. Il est également expliqué que la quatrième année d'internat de médecine générale aurait vocation à accompagner les jeunes praticiens. Elle comporterait des enseignements sur la gestion d'un cabinet avec des notions de management et de fiscalité (15)

Il est encore beaucoup trop tôt pour estimer l'impact de cette nouvelle mesure, mais il est possible que cela puisse aider les nouveaux docteurs juniors à mieux appréhender cette dimension entrepreneuriale. Cela réduirait les craintes quant à l'installation.

Cependant, il faut garder à l'esprit que cela entraînerait probablement un niveau de connaissance disparate, tous les praticiens n'étant pas engagés sur le sujet à des niveaux équivalents sur le terrain, alors que les cours dédiés prévus permettraient d'avoir un certain niveau de base.

Dans la même volonté de création d'enseignement dédié, à Bordeaux en 2017, dans le cadre d'un mémoire pour un diplôme universitaire de pédagogie dans l'enseignement supérieur, le Dr VINCENT a élaboré un programme d'enseignement optionnel pour les internes de médecine générale permettant d'acquérir les bases de l'outil métier. Il avait fait le constat d'un véritable besoin de formation, dans un contexte de suppression d'enseignement sur l'outil professionnel que les internes regrettaient. **(16)**

Dans son programme, sont abordés les bases de la comptabilité, la déclaration d'impôt sur le revenu, l'organisation d'une activité de soin, les différents modes d'association, ainsi que la formation médicale continue.

On constate un manque de compétence sur l'outil professionnel de manière général, avec des apprentissages basés sur l'expérience professionnelle en stage, notamment de la part de ses pairs et d'auto-formation. Cela peut être amélioré par des enseignements élaborés en lien avec les internes de médecine générale. Un enseignement en cours de deuxième cycle peut aussi être utile. On peut penser que nombre d'externe en médecine peuvent ne pas choisir la médecine générale à l'issue des EDN (Épreuves Dématérialisées Nationales) par crainte du monde libéral qui leur est inconnu.

B/ Le rôle des remplacements

Les remplacements ont un impact à de nombreux niveaux sur l'installation future, que cela soit organisationnel (par exemple un planning avec des rendez-vous programmés), managérial (la volonté d'avoir un secrétariat) ou encore collaboratif (la notion de pluridisciplinarité ressort dans les entretiens, dans un contexte où la médecine générale est une discipline de coordination des soins, entre autres).

Une étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme retrouve une certaine propension à s'installer après une période moyenne de 2,7 ans, permettant au praticien de déterminer sa façon d'exercer, s'articulant en deux phases : une phase de consolidation des acquis et au renforcement de la confiance personnelle, et une deuxième permettant de faire naître une envie d'autonomie. **(17)**

Cela est corroboré par une étude réalisée par A. DECORDE rapportant que 84,1% des remplaçants envisagent une installation. **(18)**

Ainsi, cette installation peut se faire en connaissance de cause. Le praticien sait ce qu'il veut, mais surtout ce qu'il ne veut pas dans sa propre pratique libérale, permettant de fait une amélioration de sa qualité de vie, avec bien sur des limites entre les espérances et la réalité pratique.

C'est tous les jours que le praticien devra se remémorer les raisons d'être des aspects de sa pratique, pour permettre de les maintenir sur le long terme, notamment au travers de l'éducation de sa patientèle, ou encore de sa propre organisation des temps non clinique.

Pour aller plus loin sur cet aspect, on pourrait imaginer explorer la différence entre les intentions initiales du début de l'installation et la pratique après plusieurs années, permettant d'objectiver ce qui est véritablement tenable sur le moyen voir le long terme, tout en conservant le bien être du praticien.

C/ Le travail en groupe

Le fait de ne pas rester seul dans sa pratique est un conseil largement donné par les praticiens au cours de cette étude.

Cela peut correspondre à l'association, soulevant la problématique de trouver les bons associés au bon moment, mais aussi au travail pluridisciplinaire, permettant une véritable synergie entre le médecin généraliste, les autres professions médicales et paramédicales, mais aussi (et surtout) le patient.

Parmi l'ensemble des praticiens interrogés, seulement un praticien exerce seul dans ses locaux, sans autres médecins généralistes ou paramédicaux pour le moment. Il souhaiterait au minimum une aide type infirmière asalée, et est désireux de pouvoir travailler avec des confrères proches de lui. Il fait tout de même partie d'une MSP multisite.

Cette pratique passant de solitaire à un exercice en groupe, médical et paramédical est un contraste qui s'effectue depuis l'inscription dans les textes de loi en 2007 des maisons de santé pluridisciplinaire (19).

Dans un travail de thèse de 2018 explorant l'impact des MSP dans la vie et la pratique de médecin généraliste en Normandie, I. KASMI retrouve une amélioration de la qualité de vie en comparaison avec l'exercice médical du XXème siècle, avec une véritable notion d'exercice dans le confort, en relation direct avec les attentes des jeunes médecins généralistes (20).

Les MSP représentent donc un exercice d'avenir, avec de nombreux défis à relever : la lutte contre la désertification médicale, l'augmentation de l'attractivité de la profession, mais aussi l'amélioration de la prise en charge patient.

De nombreuses aides à la pratique se développent, mais ne font pas l'unanimité, comme les infirmières de pratique avancées, largement décriée par les praticiens dans mon étude lorsque le sujet était développé.

Une thèse de 2021 de A. LE CANN explore justement la vision des médecins concernant la collaboration entre médecin généraliste et IPA, avec 20 médecins généralistes interrogés. Il est rapporté que les médecins généralistes éprouvent un certain nombre de craintes concernant la venue des IPA dans leurs pratiques, notamment concernant leur rôle dans cette collaboration, l'impact sur la relation médecin patient entretenue jusqu'alors, mais également la charge de travail potentielle (21).

Toutes ces craintes entraînent un rejet des IPA, malgré les avantages notables de cette nouvelle relation, comme par exemple permettre d'établir un projet de soin, de libérer du temps médical pour les praticiens, ou encore permettre un accompagnement personnalisé notamment dans le cadre des soins palliatifs.

On peut penser dans ce contexte que pour permettre une meilleure appréhension du rôle des IPA serait d'apporter dans nos pratiques une communication claire de leurs compétences, avec notamment des rencontres de professionnels, pour permettre de lever les craintes des praticiens.

D/ La charge administrative

Une thèse toulousaine de 2014 a notamment retrouvé la charge administrative d'un cabinet de médecine libérale comme étant le plus gros frein à l'installation (22).

Un article de la DREES publié dans « Études et Résultats » montre que 78% des praticiens travaillent cinquante heure ou plus par semaine, sur neuf demi-journée en

moyenne, et consacrent 4h par semaine à la gestion du cabinet **(23)**, ce qui correspond dans cette étude « *aux tâches de gestion, secrétariat, comptabilité, en dehors des consultations et des visites* », avec des facteurs comme la présence d'un secrétariat ou encore l'utilisation d'un comptable permettant de diminuer ce temps qui est décrit comme non programmé la plupart du temps.

La charge administrative, non clinique, est souvent ressentie comme importante par les praticiens, mais des solutions sont trouvées pour le soulager au maximum : le secrétariat apparaît comme une réponse presque idéale. En effet, les praticiens vont se décharger à différentes échelles et d'intensité variable, allant même à confier de l'administratif personnel.

Des plages horaires dédiés peuvent également apparaître comme une solution moins onéreuse, mais souvent au détriment de la qualité de vie.

Un travail de thèse de Q. ALEPEE de 2019 se posait déjà la question des moyens pour réduire le temps administratif en médecine générale libérale. Il retrouvait également de nombreux sentiments négatifs, et notamment ce sentiment de lourdeur administrative, ou l'accusation vers certaines instances comme la CPAM de ne pas faciliter les démarches.

(24)

Dans son étude, des solutions ont pu être mise en exergue, telle que l'éducation des patients notamment par rapport à certaines demandes considérés comme abusives par les praticiens : des renouvellements d'ordonnances sans consultation par exemple. La délégation au secrétariat de tâches administratives était plus poussée que ce qu'il a pu être retrouvé dans notre étude : comme le pré-remplissage des documents administratifs (bons de transport, dossier MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées) ...) par le secrétariat, avec une vérification par le corps médical et l'apposition de sa signature.

Cette présence physique d'une secrétaire fait globalement l'unanimité parmi les praticiens, de par les nombreux avantages apportés (présence auprès des patients, prestation personnalisée au cabinet, versant administratif), malgré la charge financière importante.

Ainsi, de part ce cout, ce secrétariat physique ne sera présent que dans des cabinets de groupe permettant de supporter cette dépense **(23)**, avec les autres praticiens optant plutôt soit pour un secrétariat à distance, soit pour une absence de secrétariat.

V/ Conclusion

La gestion d'un cabinet de médecine générale est complexe, et source de grandes difficultés chez les praticiens.

Elle nécessite un travail conséquent de leur part, se surajoutant à la pratique clinique et nécessite une organisation stricte, propre à chacun, pour garder une bonne qualité de vie et de travail.

La création d'une structure adaptée nécessite un investissement énorme de la part du praticien. Cela exige de pouvoir se protéger pour ne pas risquer d'aller au bout de soi, entraînant des conséquences néfastes pour le praticien et les patients. Cependant, la quasi-totalité des praticiens dans notre étude ressentent une satisfaction forte concernant leur parcours depuis le début de leur installation.

Des solutions existent pour faciliter cette gestion, évoquées par la plupart des praticiens, à défaut de pouvoir les mettre systématiquement en pratique pour diverses raisons. Cela comporte, de manière non exhaustive :

- La réalisation de remplacements avant de s'installer, permettant de trouver sa propre organisation par l'expérience de terrain,
- L'association avec d'autres médecins généralistes et professionnels para médicaux dans des cabinets de groupe ou MSP, permettant de diluer la charge de travail en se répartissant les tâches,
- La mise en place d'un secrétariat permettant de s'occuper au quotidien de tâches telles que l'encaissement, l'intégration des comptes rendus et résultats d'examen dans le dossier patient, ou encore l'accueil des patients dans le cabinet, en balançant ces avantages avec le budget que cela peut représenter,
- S'entourer de divers professionnels tels que des experts comptables ou des avocats pour s'occuper des sujets comptables et juridiques auxquels les médecins généralistes ne sont que très peu formés,
- Se rapprocher des collectivités en place à la recherche d'aide de terrain (mairie, CPTS), ou d'aides financières (ARS).
- Embaucher des aides humaines paramédicales, telles que les assistants médicaux, les infirmières asalées ou les IPA. Ces derniers, relativement récents, sont encore source de discordes de par les tâches qui leurs sont déléguées, et

nombre de médecins généralistes ne sont pas encore prêts à accepter leur aide malgré les avantages réels.

Malgré l'existence de ces solutions, certains praticiens éprouvent un sentiment de désillusion vis-à-vis de leur situation actuelle. Ce sentiment peut découler d'un ressentiment envers les patients ou envers le système de santé dans son ensemble, où le numérique occupe une place prépondérante. En effet, l'utilisation croissante de technologies numériques peut être une source d'erreurs si elle n'est pas correctement maîtrisée, ce qui contribue à alimenter le sentiment de frustration chez ces praticiens.

Le contexte actuel notamment autour des négociations tarifaires de la médecine générale a entraîné des tensions au sein de la profession. Pour exprimer leur mécontentement des médecins se regroupent et s'expriment sur les réseaux sociaux tandis que certains vont jusqu'à se déconventionner.

Dans cet environnement, on peut comprendre que de jeunes internes puissent se détourner de l'exercice libéral afin de s'orienter vers des structures de salariat dans une première intention : centres hospitaliers, cliniques, centres de santé...

Une étude explorant le ressenti des internes de médecine générale sur l'installation dans cette perspective pourrait être intéressante.

VI/ Bibliographie

1. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
2. Anguis M. 10 000 médecins de plus depuis 2012 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012>
3. CNOM. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS.
4. 200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-jeunes-MG-Documents-
ISNAR-IMG.pdf [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur : [https://www.isnar-
img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-
jeunes-MG-Documents-ISNAR-IMG.pdf](https://www.isnar-
img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-l'installation-des-
jeunes-MG-Documents-ISNAR-IMG.pdf)
5. RAPPORT FAIT au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi visant à rétablir l'équité territoriale face aux déserts médicaux et à garantir l'accès à la santé pour tous [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/l22-157/l22-1571.pdf>
6. Engberink AO, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. 1 nov 2011;12(4):199-212.
7. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
8. CMG [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Référentiel métier en médecine générale. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/referentiel-metier-en-medecine-generale/>
9. <https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/> [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Le DES de Médecine Générale - Département universitaire de médecine générale. Disponible sur: <https://dmg-montpellier-nimes.edu.umontpellier.fr/organisation-du-3eme-cycle/>

10. Les études de pharmacie | Faculté de pharmacie de Paris [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: <https://pharmacie.u-paris.fr/fcb-de-pharmacie/>
11. Caducee. Caducee.net. [cité 17 mai 2024]. Pourquoi les jeunes médecins boudent l'exercice libéral: révélations sur un métier en difficulté. Disponible sur: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/10927/pourquoi-les-jeunes-medecins-boudent-l-exercice-liberal-revelations-sur-un-metier-en-difficulte.html>
12. Rice G, Ingram J, Mizan J. Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice. Br J Gen Pract. 1 juill 2008;58(552):e1-8.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. déc 2007;19(6):349-57.
14. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. Qual Quant. 2018;52(4):1893-907.
15. ROJOUAN B. Sénat. 2023 [cité 17 mai 2024]. Absence de cours de gestion pendant les études de médecine. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2023/qSEQ230607265.html>
16. Vincent YM. Présentation d'un projet d'enseignement de la gestion de l'outil professionnel au cours du D.E.S. de médecine générale à Bordeaux.
17. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans.
18. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin.

19. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1). 2007-1786 déc 19, 2007.
20. Kasmi I. Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale.
21. Cann AL. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins. 24 nov 2021;153.
22. COPPOLANI E. JE PEUX M'INSTALLER, MAIS JE NE LE FAIS PAS, POURQUOI? Enquête auprès des Médecins Généralistes Remplaçants Thésés de Haute Garonne [Internet]. [cité 17 mai 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>
23. Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes.
24. Alepee Q. Comment réduire le temps administratif en médecine générale libérale? 2019;

VII/ Annexes

Annexe 1 : Texte d'introduction

Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à mon travail de recherche. Je vais vous poser quelques questions sur votre propre gestion de votre cabinet, vous pourrez à tout moment mettre fin à l'entretien. Tout ce que vous direz sera anonymisé.

Consentez-vous à être enregistré pour que cet entretien puisse être retranscrit par la suite, ainsi qu'à l'exploitation de ces données dans mon travail de thèse ?

Annexe 2 : Recueil des caractéristiques de l'interviewé

- Sexe : Homme / Femme
- Age : 25-34 / 35-44 / 45-54 / 55-64 / 65-74 / Plus de 74 ans
- Lieu d'exercice : Ville ?
- Urbain, semi-rural ou Rural ?
- Durée entre obtention du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) et installation :
Moins de 1 an / Entre 1 an et 3 ans / Entre 3 ans et 10 ans / Plus de 10 ans
- Années d'installation : Moins de 5 ans / Entre 5 et 10 ans / Entre 10 et 15 ans /
Entre 15 et 20 ans / Plus de 20 ans
- Logiciel utilisé ?
- Situation familiale et nombre d'enfant ?
- Type de structure :
- Nombre de médecins dans la structure ?
- Présence d'un secrétariat ?
- Présence d'une assistante médicale, infirmière asalée ou autre aide humaine ?

Annexe 3 : Tableau de caractéristiques globales

| | | |
|--------|-------|------------|
| n = 11 | | |
| Sexe | Homme | 3/11 (27%) |
| | Femme | 8/11 (63%) |
| Age | 25-34 | 2/11 (18%) |
| | 35-44 | 4/11 (36%) |
| | 45-54 | 1/11 (9%) |
| | 55-64 | 3/11 (27%) |

| | | |
|---|--------------------|-------------|
| | 65-74 | 1/11 (9%) |
| | Plus de 74 ans | 0/11 |
| Lieu d'exercice | Hérault | 9/11 (82%) |
| | Gard | 2/11 (18%) |
| Territoire | Rural | 1/11 (9%) |
| | Semi-rural | 9/11 (82%) |
| | Urbain | 1/11 (9%) |
| Durée entre obtention diplôme et installation | Moins de 1 an | 5/11 (45%) |
| | Entre 1 et 3 ans | 3/11 (27%) |
| | Entre 3 et 10 ans | 3/11 (27%) |
| | Plus de 10 ans | 0/11 |
| Années d'installation | Moins de 5 ans | 2/11 (18%) |
| | Entre 5 et 10 ans | 3/11 (27%) |
| | Entre 10 et 15 ans | 1/11 (9%) |
| | Entre 15 et 20 ans | 1/11 (9%) |
| | Plus de 20 ans | 4/11 (36%) |
| Logiciel Utilisé | Weda | 7/11 (64%) |
| | AxiSanté | 3/11 (27%) |
| | DrSanté | 1/11 (9%) |
| Situation familiale | Célibataire | 1/11 (9%) |
| | En couple | 10/11 (91%) |
| | Pas d'enfant | 0/11 |
| | 1 enfant | 1/11 (9%) |
| | Plus d'un enfant | 10/11 (91%) |
| Type de structure | Cabinet de groupe | 4/11 (36%) |
| | MSP ou MSPU | 6/11 (55%) |
| | Cabinet individuel | 1/11 (9%) |
| Nbre de médecin gé dans la structure au total | 1 | 1/11 (9%) |
| | Entre 2 et 3 | 7/11 (64%) |
| | Plus de 3 | 3/11 (27%) |
| Type de secrétariat | Physique sur place | 3/11 (27%) |
| | Téléphonique * | 4/11 (36%) |

| | | |
|---|----------------------|------------|
| | Mixte** | 4/11 (36%) |
| Aide humaine autre que secrétariat | Aucune | 7/11 (64%) |
| | Asalée | 2/11 (18%) |
| | Assistant médical*** | 1/11 (9%) |
| | IPA | 1/11 (9%) |
| *Dont 2 avec intelligence artificielle Made4Med | | |
| ** Dont 1 avec intelligence artificielle Made4Med | | |
| ***2 assistantes médicales chez le MG ayant répondu | | |

Annexe 4 : Entretien de MG3, pour exemple

MG3 (35 minutes) : participant féminin entre 45 et 54 ans, pratique en milieu semi rural, installée depuis 15 à 20 ans, en cabinet de groupe. Entretien réalisé à son cabinet.

TQ (Thomas Quinsac) - Ok donc si je vous parle d'organisation d'un cabinet de médecine générale, qu'est-ce que cela vous évoque ?

MG3 - Alors je viens de finir le chapitre « Organisation et coordination entre professionnels de santé sur la MSP ». Alors moi je vais parler de mon cas, pour l'instant, on n'est pas en MSP. Euh... Organisation c'est premièrement la médecine aujourd'hui c'est pas un travail seul, c'est un travail pluri professionnel, c'est un travail, c'est ... oui. Et donc euh... Alors c'est pas pour vanter ni quoi que ce soit, moi je ne voulais pas travailler seule, donc soit du salariat, soit le salariat hospitalier pour travailler en groupe, soit ici et en groupe, donc organisation, il faut une... une tête au début qui boost tout le monde et ensuite tout... on délègue les fonctions et ça marche très bien. Donc c'est organisation pluriprofessionnelle, amélioration de son temps personnel et amélioration de la qualité de soins, de la relation avec les patients, voilà.

TQ - D'accord. Ok. Parce que là du coup vous m'avez dit que vous étiez pas encore en MSP...

MG3 - Non, mais on travaille comme tel, c'est à dire la MSP, pour nous, ça va être une aide financière qui va nous aider à avoir un secrétariat, parce que là c'est compliqué. C'est compliqué de répondre à tous les messages, de répondre à toutes les demandes

de... d'appeler nos spécialistes ou quand un patient est mal, voilà, et de faire attendre les suivants. Donc d'avoir l'argent pour une secrétaire, une infirmière... ou pas une IPA. Nous, on voudrait une assistante médicale.

TQ – Justement pourquoi du coup pas une IPA, plutôt les assistantes médicales ?

MG3 – Alors euh nous, on veut euh... ne pas avoir à faire que des gros dossiers. Voilà. Que... les IPA les pharmaciens qui ont pris en charge certains nombre de choses, certains infirmiers et cetera disent « Ben oui, c'est juste un renouvellement, t'as juste à nous donner ça. Tout va très bien », ok et elle se... elles se prennent un argent dessus c'est tout à fait normal, c'est un travail mais un travail équivalent. Et ensuite si elles font les renouvellements, les petits trucs de diabète, les petits trucs de ci... et nous on a les gros dossiers médicaux sociaux : il en est hors de question. Voilà. J'aime bien, on le fait, les résolutions de cas complexes, et cetera, très bien, mais on le fait ensemble et on partage, c'est-à-dire qu'au milieu, je veux bien voir 3 otites et 2 cystites. Voilà. Donc à partir de là, l'assistante médicale bah elle fera le travail en même temps que nous quoi euh... Mais pas prendre les renouvellements, les ci les là pour nous laisser après des dossiers où on va rester une heure et demie, vingt-cinq euros, vingt-six cinquante, je m'en fiche mais au moins une reconnaissance quelque part quoi. Voilà. Donc si je peux pas manger et donner à manger à mes gosses après ou leur donner le pouvoir d'étudier parce que ben j'ai fait que 3 cas au lieu d'en faire 10 dans la matinée, ça, ça m'embête. Voilà.

TQ - Ok. Super. Comment est-ce que vous vivez la gestion actuelle de votre cabinet, et est-ce que ça vous convient ?

MG3 - Non, il y a... il y a trop de surcharge administrative. J'ai pas assez de temps médical, non non, bien sûr que non, ça nous convient pas, mais on fait avec. Donc on vient dimanche, on vient les jours fériés, on organise, on ferme à vingt heures puisqu'on fait des gardes à la MMG (*Maison Médicale de Garde*) et à partir de 20h00 ben on fait la paperasse, on appelle les patients, on gère au calme tout le reste et encore on a pas le standard téléphonique heureusement, mais non, trop de temps administratif. Voilà. Et en plus faire passer les cartes. Alors maintenant, en plus on a le... on s'est fait la formation et on a pris le forfait Ségur là donc on a vérifié les cartes d'identité, les machins. Enfin bon bref quoi, ça nous bouffe encore un quart d'heure de temps médical quoi bon ça non non non non. Euh... Ça, après se battre pour la MSP, et puis je suis aussi dans le copil

de la CPTS hein. Euh... Prendre ce temps-là en dehors du temps médical, parce qu'on sait qu'après ça va le favoriser : ok, mais je veux avoir un bout. Donc voilà. Dans la gestion actuelle, bon, la moitié de la gestion, on paye une comptable. Pour en perso, en pro, en pro de la société de la SCM, la société civile de moyens, et pour la SCI (*Société Civile Immobilière*) et pour tout le reste, c'est à dire qu'on donne tous les papiers et eux se débrouillent, donc les contacts URSSAF, machin et cetera, euh... les statuts. Voilà, ça a un prix, mais on se dégage du temps. Et puis c'est pas notre métier. Donc voilà ça oui. Le reste en gestion pure médicale, CPAM et compagnie, non. Sans parler des caisses de sécurité sociale qui ne sont pas sur Amélie ou autre. MGEN (*Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale*) pour pas les nommer, CNMSS (*Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale*) où ils demandent encore des recours papier et sans avoir de contact téléphonique ni Internet donc voilà. Donc non, ça me convient pas évidemment.

TQ - D'accord. Du coup tout à l'heure vous m'avez dit qu'au niveau du secrétariat actuellement c'est un secrétariat téléphonique que vous avez, et est-ce que vous avez déjà réfléchi à une secrétaire physique qui pourrait vous alléger de... justement, de cette lourdeur ?

MG3 – Oui bien sûr et on sait exactement... on a déjà l'ordre de mission et cetera. Comme pour la coordinatrice. Comme pour l'assistante médicale. Mais on n'a pas le budget. Voilà donc on n'a pas le budget, c'est clair. Donc pour l'instant on attend.

TQ - Et du coup justement en rentrant dans la MSP, ça vous permettrait de débloquer...

MG3 - Première des choses parce que... parce qu'on est une population vieillissante, qu'on a beaucoup de centenaires dans le coin, que faut pas leur demander de prendre rendez-vous sur Doctolib, encore nous appeler, c'est facile et notre standard est adorable. On peut donner pas mal de consignes, mais voilà, passer sur Internet pour les uns et les autres, c'est pas encore... les générations sont pas encore finies donc c'est pas possible. Il faut une personne, il faut un contact. D'ailleurs les gens malgré tout, attendent de temps en temps dans le couloir pour vous parler. Donc voilà.

TQ - Ok et du coup cette gestion du cabinet, est ce que c'était l'idée que vous en faisiez pendant votre internat ?

MG3 – (soupir) Alors... Nous, on n'avait pas de DES hein. Le seul stage de médecine gé, que j'ai eu c'était en 4^e année, ça a été d'une semaine, d'un praticien rural qui m'a mis dans un coin qui m'a dit : « Tu ne touches pas au patient, tu ne parles pas aux patients et tu regardes » donc en fait, je n'ai rien appris. Je suis partie tout de suite à l'étranger travailler en plus en hospitalier et j'ai refait des équivalences, euh à l'américaine, donc j'ai repassé les QCM (*Questionnaire à Choix Multiple*) donc ça j'avais pas du tout l'habitude. J'ai repris d'autres... On a travaillé sur le Harrison ce qui n'était pas notre habitude. J'ai appris plein de choses au contact de plein de gens, donc j'ai vécu une autre médecine, une médecine non sécurisée, c'est-à-dire que ben les gens, il faut vraiment qu'ils soient mourants pour vous contacter. Euh, j'ai... voilà et quand je suis rentrée en France, je ne savais pas ce que c'était une feuille de soins ni quoi que ce soit. Je sortais de l'hôpital sans rien, donc j'ai appris sur le tas, et du coup, l'idée que je m'en faisais... je m'en faisais pas du tout. C'est en faisant les remplacements, j'ai vu ce que je voulais et j'ai vu surtout ce que je ne voulais pas. Donc avoir une secrétaire, c'est génial, physique je parle, avoir du temps pour le patient, c'est génial. On en a un peu plus en rural qu'en civil, bien que ça soit de plus en plus difficile. Euh... j'ai une idée maintenant de ce que je veux, ça c'est sûr, et de ce que je veux pas : premièrement, ne pas travailler seule et deuxièmement pouvoir donner des pouvoirs à une, à une personne physique, voilà, sur l'accueil des gens, la discussion, les rappeler, la paperasse. Voilà, administrative pure quoi. Voilà.

TQ - Ok super. Euh concernant justement le début de votre installation après le parcours hospitalier, comment est-ce que vous l'avez vécu ce début d'installation ?

MG3 - ça a été très cool parce que en fait, je continuais à faire du temps partiel à l'hôpital, j'avais un salariat dans une aide sociale : les lits halte soin santé et j'avais... j'ai occupé un poste de médecin coordinateur aussi parce que j'avais une capacité en gériatrie. Enfin j'ai, deux, une capacité étrangère, une capacité française. Euh, je dois reprendre d'ailleurs un DU, moi il faut que ça parte dans tous les sens, faut pas que ça soit que le... la routine du cabinet. Enfin la routine c'est de moins en moins une routine mais il faut que je puisse avoir d'autres... d'autres attrait, d'où le fait d'être MSU aussi, ça c'est génial, fabuleux, il faut partager. Donc ça s'est fait très doucement puisque j'étais

d'abord en remplaçant, puis en collaboration, puis en association. Puis j'ai lâché mes salariats. Là, je fais des expertises sur des permis de conduire, donc c'est carrément autre chose, on travaille aussi en préfecture. Il faut mélanger un peu tout ça pour que le métier soit intéressant, toujours revalorisant, toujours à.... On va encore apprendre d'autres choses quoi. Voilà moi, moi, c'est ce qui me convient et je vois les jeunes qui arrivent c'est ça aussi hein, ils ne restent pas sur une seule chose, voilà. C'est un peu le reproche des patients. Notamment les anciens qui disent, ce n'est plus notre médecin de famille. Si, j'ai des familles entières que je connais maintenant depuis enfants, adultes et cetera, et c'est pas par pointillés parce que de toute façon je les vois minimum 3 fois par an, ce qui est largement suffisant pour un adulte jeune à peu près sain. Euh... donc ce n'est pas vrai, mais euh c'est pas le médecin qui tape à la porte toutes les semaines pour savoir si ça va bien si la grand-mère va bien, et cetera. La porte est ouverte si le moindre souci, c'est ouvert voilà, mais en même temps on peut leur apporter d'autres choses, avec les connaissances des internes, avec nos autres expériences médicales et c'est la médecine d'aujourd'hui. Voilà, et qui complète celle qui est ancienne, la clinique et le reste ne bougent pas. Il faut pas que ça bouge, mais il y a d'autres relations. Voilà enfin ça, c'est pour moi.

TQ - Et du coup... parce que vous, les patients vous font ces remarques parce qu'ils ont l'impression que vous êtes moins disponible ?

MG3 - Alors moins là, ils me disent que je prends trop de vacances, mais en fait je prends pas de vacances. Je vais en commission à Montpellier, je vais en formation à tel endroit, j'ai des réunions. Voilà donc non, non. Je pense que voilà, je suis présente quand même suffisamment et ça me permet de souffler derrière. Voilà, mais ils reprochent, mais ils viennent et ils sont contents. De toute façon, les messages sont là, donc je les rappelle même le week-end, ça m'arrive de les rappeler. Oui, c'est un reproche un peu en dessous, mais ils reviennent donc c'est que ça leur convient aussi. Voilà.

TQ - Ok et par rapport à justement ce début d'installation, est ce que vous avez pu accomplir tout ce que vous vouliez à ce moment-là ou est ce qu'il y a des choses encore en suspens ?

MG3 – Oh non il y a encore plein de choses à faire. Et il y en aura toujours d'ailleurs, au grand désespoir de mes enfants qui me disent « mais jamais tu t'arrêtes,

t'es bac plus dix et ça suffit ». Non non non, il y aura toujours des choses à faire. C'est ça, c'est ce qui est intéressant. Il y a toujours des choses à améliorer ou à changer. Y a que les cons qui ne changent pas. Non non, j'avance bien, voilà déjà le lieu qu'on a réussi enfin à poser, la MSP, c'était une idée que j'avais depuis plus de quinze ans et qui avait... qui avait pas abouti du tout, et là les gens sont motivés autour de moi, donc non, ça avance, mais y a encore plein de choses à faire. Bien sûr, bien sûr.

TQ - Ce que vous me disiez du coup, juste avant l'enregistrement, qu'avant vous étiez installés dans une sorte d'appartement ... **MG3** – Oui. **TQ** - ...aménagé en cabinet...

MG3 - ...avec un locataire au-dessus, qui faisait du boucan, qui a allumé un feu qui nous a pas averti, il y avait un incendie, on était en dessous, on nous a pas averti... enfin bref donc non là c'est notre local, c'est un vrai local médical et paramédical. On a une sophrologue aussi, j'ai oublié de le dire, donc il fait des ateliers d'œno-sophrologie, de choses, voilà variées, tout pour le bien-être du patient, prévention, bien-être, voilà et les kinés à côté, pareil, on pouvait pas faire une seule structure, mais on a pris le même architecte, c'est harmonieux je trouve. Et voilà, on se connaît tous à peu près, c'est bien. Voilà.

TQ - D'accord et maintenant en parlant du local, votre local, ici, est ce qu'il vous semble optimal au niveau de l'aménagement ?

MG3 - Non parce que l'optimal ça se paye et qu'on a... on ne peut pas. Mais il est très, très bien. Les patients ont vu la différence, donc ils apprécient. Euh... non, il est très agréable, on a notre lieu de repos, notre lieu de retrait, ça c'est super important d'avoir son petit coin. Coin de formation aussi, de rencontre, ce soir, on a la réunion, chacun va apporter à grignoter, on a un grand mur où on rétroprojette des choses, on a nos... notre propre salle de bain, alors pourquoi je vous parle de ça ? Parce que quand on craque un peu l'été, même avec les étudiants, entre 2 visites, on va à la rivière qui est pas très loin, on se baigne, on revient, on se douche et on repart avec de l'énergie pour l'après-midi. 'Faut pas le dire hein, vous l'écrivez pas dans la thèse hein (rires), mais bah c'est super important. Parce que l'énergie, on nous bouffe de l'énergie à un point... Donc il nous faut ces petites pauses là voilà. Et après, on a encore des pièces de libre puisqu'on avait envisagé, on envisage toujours, d'avoir d'autres généralistes. Il y a des médecins autour qui s'en vont, sur les soixante-dix, on va être plus que vingt prochainement, donc on a

des tas de demandes, donc on aimerait bien avoir d'autres médecins qui prennent des secteurs, et cetera. Et ce qu'il y a de bien, c'est que quand l'un est pris, bah tiens, demain, j'ai besoin de passer commande pour le baptême de mon fils, je prends ma journée, l'autre prend le relais et c'est... voilà, ça s'organise comme ça et quand on revient, on revient avec la banane, avec la pêche et je pense qu'on fait du travail de qualité. Si c'est pour venir la boule au ventre et dans un coin étriqué avec du bruit et tout, c'est pas possible. Donc voilà donc amélioration en point de vue fonctionnalité il y a encore de... quelques petites choses, au point de vue, il nous faut plus de médecins généralistes et la future téléconsultation, là, qui va se faire améliorer j'espère parce que pour l'instant il y a rien qui nous convienne vraiment. Donc oui, il y a des choses encore qui vont avancer, mais sinon, on est bien, on est bien, ouais.

TQ - Quand vous parlez de fonctionnalités, vous pensez à quoi par exemple ?

MG3 – Alors la pièce du fond, par exemple, a été vue au départ pour la posturologue qui devait avoir un assistant, et cetera, avec des grandes pièces pour l'examen posturaux, pour les semelles, les ateliers, les ci. Donc elle a vu très très grand et n'a pas pu l'assumer donc il est inutilisé et on doit revoir toute la construction donc on va mettre des cloisons, on va faire deux cabinets enfin bon, voilà par exemple, après pour les deux autres en face, on n'a pas encore tout installé comme l'évier et la table de travail parce que c'est en fonction de celui qui viendra. Il nous dira ce qu'il veut et on le posera, mais ça, c'est assez rapide. Voilà, voilà. C'est pour le plus gros. Le coin secrétariat est prévu comme vous avez vu la salle d'attente est très très grande. Physiquement, et au point de vue des lois, on est obligé de séparer, donc on a séparé avec des barrières végétales. Le côté paramédical, psychologue machin, mais en fait, c'est une espèce de leurre, hein, on est bien d'accord, mais il le faut au point de vue légal, donc ça on est dans les normes. Par contre le coin sur le côté a bien été formé pour qu'il y ait une... comment vous appelez ? Un bureau pour la secrétaire... pas un bureau... Ah, un comptoir, pour le secrétariat derrière qui puisse accueillir directement et diriger. Voilà donc ça a été prévu avec la clim en dessous avec... tout a été prévu, c'est pas installé parce que on attend de voir la secrétaire et de voir avec elle ou la coordinatrice, de voir comment on pourrait l'installer au mieux voilà. Le bâtiment, il est que depuis 2021. On est rentré en 2021, on a commencé à discuter du projet en 2017. Voilà, on est tout jeune.

TQ - Et par rapport à votre bureau, vous voyez des choses à y faire ?

MG3 - Non non non. Je changerai les photos, c'est tout. La propriétaire est toujours la même, elle vieillit mais non non non, je suis bien, c'est mon petit coin et chacune de nous, je vous montrerai tout à l'heure, a fait son coin à elle avec ses idées à elle, avec ses couleurs à elle. Ouais, on laisse libre choix, on donne l'évier, le machin et après chacun choisit, il fait ce qu'il veut. Voilà l'idée, c'était vraiment d'avoir un espace de vingt mètres carrés, puisqu'on avait fait l'expérience là-bas, pour avoir assez de place pour bouger, mettre le divan en travers pour pouvoir tourner autour du patient, le coin enfant. Voilà, et avoir tout regroupé là voilà donc non, c'est assez fonctionnel pour tout le monde je pense. Voilà. Et après, la psychiatre, la psychologue, ont fait leurs coins un peu différemment. Chacun voit comme il le ressent. Voilà.

TQ - Ok bah super. Ensuite, est-ce que vous vous êtes senti accompagné au niveau de la structure juridique ? C'est-à-dire à l'établissement de votre société, est-ce que vous vous êtes senti bien entourée, bien conseillée ?

MG3 - Alors au point de vue juridique : oui, c'est notre comptable qui nous a soutenu jusqu'au bout, c'est à dire qu'il y a eu même... comprenez bien que c'est un mariage, une d'association, et qu'en plus, quand on met des gros frais et des machins, aller chercher des prêts, il y a eu des heurts, des batailles, on s'engueule toujours d'ailleurs, mais on s'engueule et puis on rigole. Et puis le soir, on boit un coup et tout va bien. Mais il faut. Il faut dire les choses, faut surtout rien cacher, mais ça a été compliqué et il y a eu des soirées où on a demandé à la comptable de venir et elle a été notre... enfin, c'est pas une comptable hein, elle a toute une boutique, c'est une experte comptable mais en plus avec des fonctions extraordinaires. Son mari est pompier, assureur et donc avec cette association de malfaiteur on faisait des réunions et ils étaient un peu notre... nos arbitres. C'est eux qui ont pu animer le truc et apaiser et clore les choses, donc point de vue juridique et tout, c'est elle qui a tout encadré pour pas... Voilà, c'est elle qui nous a indiqué la notaire. Elle est venue avec nous chez le notaire. On est... voilà ah il fallait, parce qu'enfin je sais pas vous, mais moi le juridique (pff) des achats, des machins, personne n'y connaissait pas grand-chose, mes deux copines si, elles avaient construit, mais bon c'est pas pareil le professionnel. Donc oui, très bien épaulé, il suffit d'avoir la bonne personne qu'on connaissait déjà depuis plus de 10 ans. C'était pas un nouveau comptable, c'était pas... Voilà, c'était quelqu'un qui connaissait depuis

longtemps, donc il y avait une confiance, il y a toujours une confiance complète et voilà. Elle nous a suivis. Pour le meilleur comme pour le pire.

TQ - Et là, vous parlez de la SCM et de la SCI ?

MG3 – La SCI, parce que pour le bâtiment c'est la SCI. La SCM, elle existait déjà auparavant et ensuite quand mon associé, le premier, est parti, c'était un ancien, est parti à la retraite, on a enfin... on a renouvelé les statuts de la SCM et là c'est elle qui a pris en charge pour changer deux trois articles et le refaire comme il se devait quoi. Voilà donc, tout est entre ses mains au point de vue juridique, voilà donc il faut avoir quelqu'un de confiance, il faut... c'est elle qui nous a indiqué aussi la courtière pour la recherche de prêt. C'était... c'était... on a essayé, hein, de faire de la... du démarchage. D'abord, c'est du temps et puis ils nous embrouillent avec leurs termes et leurs closes et leurs machins, donc. Elle nous a indiqué une courtière qui a tout pris en main qui nous a demandé tous nos documents, nos papiers officiels, et cetera, qui a vérifié les clauses. Alors pour vous donner un exemple, moi j'avais un contrat de mariage, je me suis mariée à l'étranger, reconnue, tamponné par l'ambassade française, mais il n'y avait pas de contrat de mariage et donc c'est tout en commun. Elle a vérifié chacune des choses. Elle m'a dit, vous, il faut changer, vous avez 3 enfants, et cetera. S'il se passe quoi que ce soit, sur la SCI sur la SCM vos enfants risquent de ceci cela donc elle m'a indiqué... voilà j'aurais très bien pu me faire planter et s'il se passait quoi que ce soit parce que je suis la plus ancienne... Donc elle m'a aidé à refaire un contrat de mariage avec en indiquant, le truc, ça a pris plus d'un an, ça prend du temps tout ça, mais elle aurait pu me dire « on s'en fiche, il peut leur arriver » donc elle protégeait aussi nos intérêts personnels. C'est elle qui a fait la démarche pour les assurances aussi, de prêt. Non, vraiment, il faut quelqu'un de confiance qu'on connaît et qui prenne tout ça en main parce que c'est trop lourd. C'est vraiment trop lourd, même seule déjà, moi dès que j'ai commencé, même les remplas au bout d'un an, je comprenais plus rien. URSSAF (*Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales*), pas URSSAF... Ils m'ont changé 3 fois de nom, ils prenaient le nom de jeune fille, ils m'ont changé quatre fois de numéro de sécu. Le numéro d'inscription à l'ordre ne change pas, mais la sécu, dès vous changez de statut ils vous changent de numéro, donc j'ai dit stop. Et c'est là que j'ai dit bon, je mets la comptable moi toute seule. Et puis petit à petit voilà, oui c'est très complexe, très complexe et on peut se faire manipuler très facilement et se faire couler facilement. Donc

moi voilà, je ne pouvais pas en rentrant à la maison... Si vous avez une famille, ou si vous commencez à être en couple ou quoi que ce soit, vous avez envie de penser à autre chose que le bureau, les papiers, la paperasse et la trésorerie et du juridique, donc voilà.

TQ - D'accord, ah oui surtout que dans le cas de la SCI, il y a à peu près une dizaine de personnes, donc c'est vrai que pour arriver à juguler un peu tous les intérêts, communs, personnels...

MG3 - Vous savez écrire un bail ? Parce ce que on est propriétaire, il faut écrire des baux, voilà et dans les baux, il faut mettre la clause de si la clause de ça... Non, non merci. Ça a un coût, mais quelle tranquillité. Il y a un des locataires qui n'est pas content, il va voir la responsable oula très très bien... Il y en a pas de problème hein pour l'instant. Si, il y a des petites discussions sur les... la discussion sur les charges, calcul des charges, allez-y, va calculer des charges là-dessus. Voilà à tel point qu'au jardinage, ça nous a tellement compliqué les choses qu'on est venu passer tout un dimanche avec tout le monde pour arracher les herbes et refaire le jardin. On se dit au moins il y a ça en moins (rires). Voilà, parce que c'est très complexe.

TQ - C'est vous qui êtes propriétaire des murs ?

MG3 - De tout, de tout. On a acheté le terrain, on a... voilà, l'urbaniste nous a... Parce que le nombre de places avec les réglementations aujourd'hui, c'est tant de place, tant de place. Il a fallu préparer un truc électrique. On sait pas si on l'utilisera. Les places handicapées, les ci les mi, le bitume, c'est pour la mairie. Oui oh là là donc non il faut... il faut être aidé, il faut être dirigé. Les artisans, on avait pris des artisans du coin donc ça les avantageait parce que ça leur faisait de la pub, ils habitaient là, ils ont toujours été dispo tout le temps, dès qu'on les... jusqu'à maintenant, dès qu'y a un petit truc, on les appelle, ils sont là. Heureusement voilà. Donc il faut vraiment être en confiance avec tout le monde et déléguer. C'est le maître mot, ouais.

TQ - D'accord. Bon, j'ai une question sur... sur la charge administrative même si vous en avez déjà dit quelques mots tout à l'heure, comment est-ce que vous voyez votre charge administrative sur une échelle de 0 à 10, 0 étant aucune sensation de charge

administrative, je ne parle pas du temps passé, mais vraiment de la sensation que vous ressentez et 10 la pire sensation de lourdeur administrative ?

MG3 - Sept et demi à huit, encore aujourd'hui. Au tout début c'était dix hein, voire douze, là ça commence un petit peu à diminuer.

TQ - C'est quoi qui vous... Ah c'est le fait de déléguer qui permet de...

MG3 - On délègue petit à petit. Au début on pouvait pas, il fallait qu'on ait l'œil sur tout et qu'on comprenne, et une fois que les rouages sont compris, on commence à se décharger, faut motiver les troupes aussi pour que les fonctions soient prises, parce qu'il y a beaucoup, beaucoup... Voilà. Dans une construction d'une structure comme ça, c'est beaucoup de bénévolat, hein. Mais bon, c'est pour améliorer sa qualité, donc on se donne, on se donne. On peut se perdre, y a eu un burn out sur tous ceux qui ont commencé avec nous, arrêté complètement. Donc oui, on peut se brûler très très vite, hein. Voilà donc, la voilà, on commence à descendre les sept, j'espère qu'on sera à six à la fin de l'année, à voir.

TQ - Du coup vous déléguez du coup au service de comptabilité, et après ?

MG3 - Et après sur nous trois, on se répartit, il y en a une... chacune a une fonction précise de surveillance de charge. Voilà, c'est moi qui envoie toutes les factures à des machins, au comptable qui vérifient qui les a reçues, que les dossiers sont classés, la deuxième, elle vérifie les devis, elle appelle les gens et la première surveille la banque par exemple. Voilà, entre autres. Chacune alors, c'est ce qui est bien, c'est que on s'entend très très bien, mais on est toutes les trois différentes. On a des capacités différentes et c'est complémentaire. Et donc ça c'est chouette. Voilà.

TQ - Super et du coup, par rapport au matériel maintenant, notamment au niveau des consommables, comment est-ce que vous gérez un petit peu votre stock de consommables ? Comment, comment vous faites ?

MG3 - Pour nous les médecins euh chacune a pris... Enfin alors, au départ, c'est moi qui démarrais sur, par exemple les rouleaux d'examen, j'avais mon propre magasin et c'est à eux que je commandais, qui nous livrent et cetera. Et puis, de temps en temps

y a une collègue qui dit, j'ai été là-bas, j'ai vu que la qualité était meilleure, on pourrait essayer. Donc il y a des idées qui se donnent et après chacune est responsables, mais... Comment dire, celle qui amène le papier toilette et le papier, c'est toujours la même parce qu'elle passe devant la boutique et elle commande ou elle ramasse les cartons pour les amener. Voilà après, c'est vraiment, il y a que ça, tout le reste... moi j'utilise plus, enfin, un otoscope comme ça, l'autre... voilà donc chacune est perso.

TQ - D'accord, vous gérez votre propre stock.

MG3 - Voilà mais les gros consommables comme ça, voilà le savon, le machin, c'est ensemble toutes les 3.

TQ - D'accord, donc, qu'est-ce que vous en pensez de cette manière de faire ?

MG3 - Très, très bien. Pour l'instant, rien à dire. Voilà, on s'est planté sur le... bah vous pouvez... voilà sur le distributeur, bon ben on en changera très certainement d'ici quelques années. Pour l'instant on fait avec, on a tenté hein, on pensait que c'était bien, on s'est planté, bon. Ou la qualité du truc, on sait pas, voilà, mais pour le reste, non par les achats quand on a créé le truc, on est allé ensemble pour choisir les évier, pour choisir les tables pour... même si chacune a pris plus ou moins une autre couleur. Mais c'était le même système. Une avait une idée pour l'agencement du meuble, donc on est toutes allé à Leroy Merlin pour ne pas le nommer, et on a dit, bah tiens, on voudrait comme ça, moi je veux les poignées grises, moi je veux les poignées rondes. Ah oui, ça c'est bien, parce que pour le nettoyage, c'est ça. Chacune avec son expérience, mais on est allé ensemble. Voilà donc après les consommables, non je vous dis c'est partagé et on avance si on trouve moins cher à un moment donné on change. Et après, chacune a son ordinateur, son... ses... son propre stock. Voilà.

TQ - D'accord. Très bien. Est-ce que du coup ça vous ressentez comme un poids dans votre quotidien ?

MG3 - là-dessus ? Non, pas du tout, pas du tout.

TQ - Très bien. Ensuite par rapport aux déchets. Que pensez-vous de la gestion de vos déchets justement ?

MG3 - Alors on s'est amélioré, pareil par l'expérience des collègues, et cetera. On a donc, on a une société qu'on a toujours suivi, et qui vient une fois tous les 3-4 mois. Parce que finalement, en déchets médicaux purs, là les fameuses boîtes jaunes, il y a pas tant que ça, ils nous ont renvoyé un tableau en disant, voilà vraiment ce qu'on doit mettre dans les boîtes et tout le reste vous pouvez le mettre dans une poubelle fermée normale, donc en réexpliquant tout ça et en mettant la notice ben on en a beaucoup moins donc non c'est très facile. Les infirmières ont continué pour l'instant leur propre déchets, leur propre chaîne. Et les autres elles ont pas... enfin la psychiatre la psychologue elles ont pas, la podologue elle gère son propre truc aussi donc à voir, pour l'instant personne ne veut mettre en commun ce système là à part nous les médecins, voilà. Mais chaque groupe de professionnels a son propre système. Ça marche très bien et c'est pas une charge.

TQ - D'accord. Vous faites un petit peu de recyclage aussi ou non ?

MG3 – Alors... Très compliqué avec la SICTOM (*Syndicat Intercommunal de Collecte et de Traitement des Ordures Ménagères*) hein. Ils ont pas voulu nous délivrer... d'ailleurs on a payé les bacs poubelles, les machins, ils passent pas forcément tout le temps, quand on leur met les bacs jaunes, ils nous envoyaient des avertissements, voire des amendes parce que le papier c'est celui-là, mais c'est pas celui-là. Donc là on a un bac jaune, un bac marron, c'est pas évident. Parce que ce site de... enfin de la SICTOM, c'est eux qui gèrent ici, qui est sur Pézenas, qui sont très compliqués. Très compliqués, donc on peut pas... Voilà après de verre, on en a pas, hein. Ce qui est en poubelle ou quoi ça passe là-bas, c'était surtout le papier, parce qu'on a beaucoup et ça, je sais pas s'il faut en parler normalement, les courriers papiers, il faut les détruire. Pardon, les... des trucs comme ça, parce qu'on avait une fois la machine, mais il y avait tellement de courriers que (sifflement). Donc on le met là, elle met tout dans le bac jaune, voilà, mais il faut savoir quel est l'entreprise de tri qui est dans votre secteur pour savoir s'ils sont chouettes ou pas. Et eux, ils sont pas chouettes, vous pouvez leur mettre une mauvaise note, je vous le dis.

TQ - Effectivement, ça ne vous aide pas pour la gestion.

MG3 – Non, quand on a fait construire, donc on avait des énormes cartons, du polystyrène, du machin. Alors là la mairie « ouais ouais ouais, on passe qu'une fois par mois, il faut nous avertir, faut numéroter les trucs et tout » donc ce qu'on faisait, on mettait tout dans la bagnole et on allait à la décharge. Ah non, non, ça a été une horreur, mais là, les mairies, aucune mairie ne nous aide, hein.

TQ – Ah oui vous ne ressentez pas de soutien.

MG3 - Non, aucun soutien, sauf de deux ou trois qui sont nos patients, mais non non non non, les mairies, on ne travaille pas avec les mairies. C'est pour ça que dans les CPTS et dans les machins, on les met en tant que... comment on appelle... consultant. Mais ils n'ont aucun droit de vote ou quoi que ce soit. Parce qu'ils font tout pour vous enfoncer.

TQ - C'est vrai que dans un milieu semi rural, on aurait tendance à penser que les mairies essaient de vous appuyer dans le contexte du désert médical, et cetera mais finalement...

MG3 – Que dalle. Mais finalement, même le panneau indicateur, il voulait nous le faire payer, donc on leur a dit zut : « non mais c'est que 800€ pour mettre cabinet médical », ah ben non non non non non vous vous débrouillez, c'est... Déjà on vous installe un centre chez vous, soyez contents, vous augmentez votre machin parce que ben y a une qualité de vie et vous nous demandez de payer les panneaux ? Voilà, entre autres, je vous passe dix ans de guerre, enfin de guerre, même plus, enfin m'intéresse pas, voilà. On cherchait un terrain, on cherchait un terrain, on était prêt à payer et tout, ils ne nous ont pas aidé, donc on voyait les viticulteurs et tout. Et puis au bout d'un moment, c'était d'autres mairies qui nous ont dit « mais venez, nous, on vous construit et tout », style, donc on leur a dit « on s'en va parce que ben ici vous nous aidez pas ». « Ah non mais ça on va vous trouver » et puis finalement, c'est le Conseil de la Communauté d'Agglo qui nous a trouvé le terrain. On a payé plein pot, hein, c'était pas un problème, mais ils se sont bougés pour nous trouver un terrain. Voilà donc non les municipalités, non. Voilà.

TQ – D'accord donc les municipalités mauvaise expérience.

MG3 - Oui, il vous reste trois minutes. Il y a encore beaucoup de questions ?

TQ – Non, j'ai quasiment terminé. Donc actuellement, qu'est-ce que... Pour vous est-ce que vous aurez quelque chose à changer dans votre cabinet ? Le principal élément à changer pour vous ?

MG3 - Alors, la structure ou le système ?

TQ - De manière générale.

MG3 - Avoir plus de médecins généralistes, parce que je vous dis, avant deux ans, on drainait déjà treize villages, c'est pas Tézan, c'est... on draine treize villages sans médecins et là il va y en avoir encore moins donc on est convoqué par la mairie... enfin convoqué... invité par la mairie de Murviel parce qu'il y a beaucoup de patients presque centenaires et qu'on arrive pas à gérer, que les pharmaciens et les infirmiers sont démunis et donc on sait pas comment faire, on sait pas comment améliorer le... enfin... le soin enfin on a vu des dégâts et avec le COVID je vous en parle même pas, donc plus de médecins, tous regroupés et chacun aura un secteur et on pourra aider tous les patients qui sont sans. Ça, c'est pour nous vraiment, c'est terrifiant d'avoir tous ces coups de fil et de dire, mais on peut pas, on peut pas. Voilà.

TQ - d'accord, est-ce que vous auriez un conseil à donner aux futurs internes de médecine générale qui souhaiterait s'installer ?

MG3 - Pas seul, jamais seul. Voilà. Plus il y a de monde, plus c'est compliqué à gérer, donc plus il faut se faire aider. Mais plus c'est agréable de travailler.

TQ - D'accord, ok et enfin une dernière question pour vous ce qui était le plus important de notre échange, est ce que vous verrez des modifications apportées ou bien des précisions ?

MG3 - Non, bonne chance pour la suite (rires).

TQ - Merci. Voilà, c'est super, merci beaucoup.

MG3 – J'espère que je ne vous ai pas démoralisé (rire).

Après enregistrement, discussion libre :

- Présence d'un remplaçant thésé depuis un long moment refusant de s'installer car pas avantageux financièrement mais devant un problème financier pour les installés.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Titre : La vie d'un cabinet de médecine générale : point de vue des praticiens.

Introduction : La gestion d'un cabinet de médecine générale sur le temporel, matériel et administratif est complexe, et englobe de nombreuses spécificités, pouvant représenter un frein à l'installation dans un contexte de diminution de la densité médicale libérale. Chaque médecin généraliste a son organisation propre, pouvant influencer positivement ou négativement sur son bien-être. Quelle est la perception des médecins généralistes sur leur gestion du cabinet ?

Matériel et méthode : Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes exerçant en Occitanie, puis a été analysée de manière thématique.

Résultats : Onze médecins généralistes ont été interrogés de mai 2023 à janvier 2024. Gérer un cabinet de médecine générale à notre époque implique une organisation multimodale : comptable, managériale, temporelle, spatiale, pluridisciplinaire... Sur les praticiens questionnés dans cette étude, la majorité est globalement satisfaite de leur cabinet et de la manière de le faire fonctionner, malgré certains points de blocage : une sensation de charge de travail non clinique assez importante, d'autant plus s'il n'existe pas de moyens de prévenir ce surplus de travail (secrétariat, temps dédié) ; des difficultés venant d'instances officielles (problématiques ordinales et municipales), mais aussi de l'organisation des soins (ressenti de désintérêt des patients concernant leur santé, multiplicité de supports de réception des comptes rendus). Le tout dans un contexte où les praticiens ressentent un déficit de formation initiale en ce qui concerne ces problématiques. Cependant, des solutions existent pour permettre d'améliorer la qualité de vie des praticiens et des futurs confrères.

Conclusion : Cette étude a permis de mettre en évidence certains points de blocage dans l'organisation des médecins généralistes d'Occitanie, mais aussi des éléments de satisfaction, sans pouvoir être exhaustifs. Des pistes d'amélioration sont dégagées, telles que l'enrichissement de la formation initiale, la généralisation des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou encore la création d'une aide à la mise en place de secrétariat ou la pérennisation voire l'amélioration de l'aide telle que pour la mise en place d'assistants médicaux.

Mots clés : médecine générale ; gestion du cabinet ; vécu du praticien ; outil métier.