



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD –LYON 1**

**FACULTE DE MEDECINE LYON EST**

Année 2014

**AVANTAGES ET INCONVENIENTS A L'EXERCICE DE LA  
MEDECINE GENERALE  
EN GROUPE  
EN ZONE RURALE**

**Etude qualitative menée auprès de médecins installés dans le département de l'Ardèche**

**THESE**

Présentée

**A l'Université Claude Bernard Lyon 1**

**et soutenue publiquement le 23 Octobre 2014**

**pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

par

**LAMBEY Cécile**

Née le 09 Novembre 1985

A Fontaine les Dijon

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

- . Président de l'Université François-Noël GILLY
- . Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales François-Noël GILLY
- . Secrétaire Général Alain HELLEU

## **SECTEUR SANTE**

- UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Jérôme ETIENNE
  
- UFR DE MEDECINE  
LYON SUD – CHARLES MERIEUX Doyen : Carole BURILLON
  
- INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES  
ET BIOLOGIQUES (ISPB)  
VINCIGUERRA Directrice: Christine
  
- UFR D'ODONTOLOGIE Directeur : Denis BOURGEOIS
  
- INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE  
READAPTATION Directeur : Yves MATILLON
  
- DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE  
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE Directeur : Pierre FARGE

## **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien de MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES  
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Claude COLLIGNON

POLYTECH LYON

Directeur : Pascal FOURNIER

I.U.T.

Directeur : Christian COULET

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES  
ET ASSURANCES (ISFA)  
DESCHAMPS

Directeur : Véronique MAUME

I.U.F.M.

Directeur : Régis BERNARD

CPE

Directeur : Gérard PIGNAULT

**Faculté de Médecine Lyon Est**  
**Liste des enseignants 2013/2014**

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**

Allouachiche Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
André-Fouet Xavier	Cardiologie
Argaud Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet Lionel	Urologie
Barth Xavier	Chirurgie générale
Bastien Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Baverel Gabriel	Physiologie
Berthezene Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand Yves	Pédiatrie
Bessereau Jean-Louis	Biologie cellulaire
Beziat Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Boillot Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Boussel Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;
Breton Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie brûlologie
Calender Alain	Génétique
Chapet Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat Roland	Rhumatologie
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chatelain Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Chevalier Philippe	Cardiologie
Claris Olivier	Pédiatrie
Cochat Pierre	Pédiatrie
Colin Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel Marc	Urologie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Cottin Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton François	Anatomie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Dalle Stéphane	Dermato-vénérologie
Delahaye François	Cardiologie
Denis Philippe	Ophtalmologie
Descotes Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Devouassoux Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques

Di Fillipo Sylvie	Cardiologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Dubernard Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducerf Christian	Chirurgie digestive
Dumontet Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Durieu Isabelle	Médecine interne ; gériatrie
Edery Charles	Génétique
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Fanton Laurent	Médecine légale
Faure Michel	Dermato-vénéréologie
Fauvel Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Finet Gérard	Cardiologie
Fouque Denis	Néphrologie
Fourneret Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Gillet Yves	Pédiatrie
Girard Nicolas	Pneumologie
Gleizal Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gouillat Christian	Chirurgie digestive
Guenot Marc	Neurochirurgie
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement
Gueyffier François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Guibaud Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat Jérôme	Neurologie
Hot Arnaud	Médecine interne
Jacquin-Courtois Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey Etienne	Pédiatrie
Jegaden Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Jullien Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian Laurent	Ophtalmologie
Kohler Rémy	Chirurgie infantile
Krolak Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Laville Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lejeune Hervé	Biologie et médecine du développement et de la

Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut Jean-Yves	Chirurgie générale
Martin Xavier	Urologie
Mauguière François	Neurologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Merle Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mertens Patrick	Anatomie
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Mion François	Physiologie
Miossec Pierre	Immunologie
Monneuse Olivier	Chirurgie générale
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon Emmanuel	Néphrologie
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Moulin Philippe	Nutrition
Mure Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf Serge	Cytologie et histologie
Négrier Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino Marc	Pédiatrie
Nighoghossian Norbert	Neurologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du
Ninet Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize Michel	Physiologie
Perrin Gilles	Neurochirurgie
Peyramond Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Picot Stéphane	Parasitologie et mycologie
Pignat Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles	Chirurgie générale
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;
Raudrant Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Raverot Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; reproduction ; gynécologie médicale
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Richard Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie

Rode Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rossetti Yves	Physiologie
Rousson Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Rouvière Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy Pascal	Biostatistiques, informatique médicale
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ruffion Alain	Urologie
Ryvlin Philippe	Neurologie
Saoud Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Scoazec Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Souquet Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Terra Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete Caroline	Physiologie
Touraine Jean-Louis	Néphrologie
Truy Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée Bernard	Anatomie
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vanhems Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic Sandra	Neurologie
Wattel Eric	Hématologie ; transfusion
Zoulim Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart Laurent

Moreau Alain

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

Flori Marie

Zerbib Yves

### **Professeurs émérites**

Bérard Jérôme Chirurgie infantile

Boulangier Pierre Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Bozio André Cardiologie



Chayvialle Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret Daniel	Pédiatrie
Gharib Claude	Physiologie
Itti Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt Jean-Pierre	Anatomie
Petit Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset Bernard	Biologie cellulaire
Sindou Marc	Neurochirurgie
Tissot Etienne	Chirurgie générale
Trepo Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas Paul	Neurologie
Trouillas Jacqueline	Cytologie et histologie

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

Ader Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Benchaib Mehdi	Biologie et médecine du développement
Bontemps Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Bringuiet Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Buzluca Dargaud Yesim	Hématologie ; transfusion
Cellier Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat Barbara	Médecine et santé au travail
Charrière Sybil	Nutrition
Chevallier-Queyron Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Collardeau Frachon Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon Grégoire	Immunologie
Davezies Philippe	Médecine et santé au travail
Dubourg Laurence	Physiologie
Duclos Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Escuret Poncin Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen Patricia	Physiologie
Germain Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa Aoumeur	Physiologie
Hervieu Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Jouvet Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda Marie Nathalie	Immunologie
Lasset Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lesca Gaëtan	Génétique
Lièvre Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Maucort Boulch Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et médecine d'urgence (stag.)
Meyronet David	Anatomie et cytologie pathologiques
Normand Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Peretti Noel	Nutrition
Persat Florence	Parasitologie et mycologie
Phan Alice	Dermato-vénérologie
Pharaboz-Joly Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton Eric	Cytologie et histologie
Pina-Jomir Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud Muriel	Biostatistiques, informatique médicale
Rheims Sylvain	Neurologie (stag.)
Rigal Dominique	Hématologie ; transfusion
Rimmele Thomas	Anesthésiologie-réanimation ;
Ritter Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman Sabine	Physiologie
Sappey-Marinier Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Schluth-Bolard Caroline	Génétique
Streichenberger Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Thibault Hélène	Physiologie
Timour-Chah Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Tristan Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vasiljevic Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio Eric	Anatomie
Wallon Martine	Parasitologie et mycologie

### **Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Farge Thierry  
Figon Sophie  
Lainé Xavier

## **Le Serment d'Hippocrate**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## **Remerciements,**

Au président du jury :

**Monsieur le Professeur Jérôme ETIENNE**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

**Madame le Professeur DALIGAND Liliane**

Je vous remercie pour l'amabilité d'avoir accepté de participer à ce jury. Trouvez dans ce travail l'expression de ma reconnaissance.

**Monsieur le Professeur Yves ZERBIB**

Vous participez activement et avec bienfaisance à la formation des futurs médecins généralistes. Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse malgré votre emploi du temps chargé.

**Monsieur le Dr Jean-Louis BARJON**

Nous avons travaillé ensemble, puis partagé des moments de peine et de bonheur.

Tu es devenu au cours du temps plus qu'un confrère. C'est un honneur de te voir participer à ce jury.

## **Remerciements,**

### **A mes parents,**

Merci pour votre amour inconditionnel. Merci d'avoir toujours su me montrer le bon chemin. Merci de votre soutien dans tous les domaines de ma vie.

### **A ma sœur,**

D'être toi, d'avoir toujours cru en moi. Merci pour les différentes relectures !

### **A Julie et Marion,**

Mes plus vieilles amies qui sont toujours là pour moi.

### **A mes maîtres de stage et futurs associés,**

Pour m'avoir fait découvrir la médecine rurale.

### **A mes anciens co-internes,**

Pour ces souvenirs inoubliables.

### **Au Dr Partensky** qui nous a quittés trop tôt,

Tu avais un amour inconditionnel de la médecine et de l'Homme. Tu resteras un modèle pour moi !

## Table des abréviations

AGAM : Association Gériatrique d'Ardèche Méridionale

AIMGER : Association des Internes de Médecine Générale de Rennes

ARS : Agence Régionale de Santé

AVK : Anti-Vitamine K

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CDO : Conseil Départemental de l'Ordre

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

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

FMC : Formation médicale continue

EGOS : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

Loi HPST : Loi Hôpital Patient Santé Territoire

FEMASRA : Fédération des Maisons de Santé de région Rhône-Alpes

HTA : Hyper Tension Artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

MEP : Médecine à exercice particulier

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maitre de Stage Universitaire

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SCM : Société civile de moyen

SCP : Société civile professionnelle

SEL : Société d'exercice libérale

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

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

WONCA World Organization of National College, Academies and Academic Association of General Practitioner.

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

## Table des illustrations

### Tableaux

**Tableau n°1 : les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits.**

Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée par le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2010 : 46p.

**Tableau n°2 : Critères de choix de carrière cités en premier et en second selon le sexe (n=339), en %**

Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.

**Tableau n°3 : Critères professionnels de choix cités en premier et en second selon le sexe (n=339), en %**

Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.

**Tableau n°4 : Critères influençant le choix du lieu d'exercice. Numérotés de 1 à 10. Chez des étudiants et des jeunes médecins installés.**

Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.

**Tableau n°5 : Effectif, moyenne d'âge, part des femmes.**

Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.

### Cartes

**Carte n°1 : Les bassins de vie de la région Rhône-Alpes.**

Le Breton-Lerouvillois G. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Rhône-Alpes. Situation au 1<sup>er</sup> Juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Juin 2011 : 53p.

**Carte n°2 : Densité de généralistes libéraux de premier recours par département (situation au 31/12/2005)**

Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.



**Carte n°3 : Taux de généralistes libéraux de premier recours de 55 ans et plus par département (situation au 31/12/2005)**

Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.

**Graphiques**

**Graphique n°1 : Evolution du nombre et de la densité des médecins de 1985 à 2025.** Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 2, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.

**Graphique n°2 : Evolution de la part des femmes chez les omnipraticiens et spécialistes libéraux de 1983 à 2009.**

IRDES, site consulté en ligne le 13/01/14 et disponible à l'URL suivante :

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

**Graphique n°3 : Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus, de 2000 à 2009.**

IRDES, site consulté en ligne le 13/01/14 et disponible à l'URL suivante :

<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>

**Graphique 4 : Comparatif des dépenses. Consulté en ligne le 12/05/14 et disponible à l'URL :**

<http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/evaluation-des-couts>

## TABLE DES MATIERES

### **I. INTRODUCTION**

### **II. ETAT DES LIEUX**

1. Des années difficiles à venir ?
2. Jeunes médecins et zones rurales
  - 2.1. Une fuite du rural
  - 2.2. Importance du lieu de formation
  - 2.3. Importance de la formation elle-même
3. Une modification de la population soignante
  - 3.1. Un transfert du libéral vers le salariat
  - 3.2. Retard à l'installation
  - 3.3. Féminisation
  - 3.4. Une population de médecins vieillissante
  - 3.5. Des médecins qui n'ont plus les mêmes attentes
4. La région Rhône-Alpes et le département de l'Ardèche
  - 4.1. La région Rhône-Alpes
  - 4.2. Le département de l'Ardèche

### **III. DEFINITIONS**

### **IV. PROBLEMATIQUE**

1. Pourquoi cette étude ?
2. Genèse du projet
3. Objectif de l'étude
4. Hypothèse

### **V. METHODE**

1. Type d'étude
2. Population
3. Une étude qualitative
  - 3.1. Principe de la recherche qualitative
  - 3.2. Critères de scientificité
4. Entretien
  - 4.1. Définition
  - 4.2. Principe de l'entretien semi dirigé
  - 4.3. Paramètres de l'entretien
  - 4.4. Techniques de l'entretien
    - 4.4.1. Stratégie d'écoute
    - 4.4.2. Stratégie d'intervention

5. Guide d'entretien
  - 5.1. Principes
  - 5.2. Conditions de validité
  - 5.3. Guide d'entretien utilisé
  - 5.4. Réalisation pratique des entretiens
    - 5.4.1. Contact avec les interviewés
    - 5.4.2. Organisation des entretiens
  - 5.5. Traitement des données
    - 5.5.1. Transcription des données
    - 5.5.2. Analyse des résultats
6. Méthodologie de la bibliographie

## **VI. RESULTATS**

1. Echantillon
2. Entretien Dr A
  - 2.1. Objectif principal
  - 2.2. Objectif secondaire
3. Entretien Dr B
  - 3.1. Objectif principal
  - 3.2. Objectif secondaire
4. Entretien Dr C
  - 4.1. Objectif principal
  - 4.2. Objectif secondaire
5. Entretien Dr D
  - 5.1. Objectif principal
  - 5.2. Objectif secondaire
6. Entretien Dr E
  - 6.1. Objectif principal
  - 6.2. Objectif secondaire
7. Entretien Dr F
  - 7.1. Objectif principal
  - 7.2. Objectif secondaire
8. Entretien Dr G
  - 8.1. Objectif principal
  - 8.2. Objectif secondaire
9. Entretien Dr H
  - 9.1. Objectif principal
  - 9.2. Objectif secondaire

- 10. Entretien Dr I
  - 10.1. Objectif principal
  - 10.2. Objectif secondaire
- 11. Entretien Dr J
  - 11.1. Objectif principal
  - 11.2. Objectif secondaire

## **VII. DISCUSSION**

- 1. Les limites de l'étude
  - 1.1. Biais liés à l'enquêteur
    - 1.1.1. Point de vue personnel de l'enquêteur
    - 1.1.2. Le manque de technique
    - 1.1.3. Statut de l'enquêteur
  - 1.2. Biais liés à l'interviewé
    - 1.2.1. Mécanisme de défense
    - 1.2.2. Circonstance de l'entretien
  - 1.3. Biais liés à l'échantillon et à la méthodologie
    - 1.3.1. Biais de sélection
    - 1.3.2. L'analyse et la retranscription des données
- 2. Avantage ou inconvénient ?
  - 2.1. Des avantages qui ont leurs corollaires et des inconvénients qui sont atténués
    - 2.1.1. Une meilleure gestion du temps
    - 2.1.2. Des échanges humains qui ne sont pas toujours simples
    - 2.1.3. Le départ d'un confrère mais l'arrivée de sang neuf
    - 2.1.4. Un avantage pour les patients mais une modification de leurs habitudes
  - 2.2. Un confort d'exercice qui se paye
    - 2.2.1. Un secrétariat efficace
    - 2.2.2. Des locaux, du matériel...
    - 2.2.3. Un coût non négligeable
  - 2.3. Les apports du groupe sans condition
    - 2.3.1. L'échange professionnel
    - 2.3.2. L'échange interprofessionnel et le développement de la pluridisciplinarité
- 3. Comment améliorer l'exercice en groupe ?
  - 3.1. Ne pas s'engager à la légère
    - 3.1.1. Connaître les lieux et les futurs associés
    - 3.1.2. Etablir des contrats précis
  - 3.2. Communiquer : la clé de la réussite
  - 3.3. Prendre les décisions en groupe
  - 3.4. Financement

- 3.5. Trouver le bon équilibre
- 3.6. Accepter l'évolution
  - 3.6.1. Le développement des NMR
  - 3.6.2. La création de nouveaux postes
  - 3.6.3. La notion de maison de santé traitante

## **VIII. CONCLUSION**

## **IX. BIBLIOGRAPHIE**

## **X. ANNEXES**

1. Guide d'entretien commenté
2. Entretien Dr A
3. Entretien Dr B
4. Entretien Dr C
5. Entretien Dr D
6. Entretien Dr E
7. Entretien Dr F
8. Entretien Dr G
9. Entretien Dr H
10. Entretien Dr I
11. Entretien Dr J

## I. INTRODUCTION

L'exercice de la médecine est en pleine transformation. La société change, sa population change, son économie également. La médecine et les médecins sont donc dans l'obligation de s'adapter.

Dans l'Antiquité au XVIII<sup>e</sup> siècle av. J.-C, ils ont retrouvé des traces de médecine avec le code d'Ammurabi (code règlementant l'activité des médecins). Au V<sup>e</sup> siècle av. J.-C. , Hippocrate, aujourd'hui connu pour son serment établit de nombreux travaux en médecine. Au Moyen-Âge, la médecine est dirigée par l'Eglise. On retrouve les épidémies de peste et la création des premières facultés (à Montpellier et à Toulouse). Du XVI<sup>e</sup> au XVIII<sup>e</sup> siècle, on redécouvre l'anatomie et les bases de la chirurgie. Puis arrive la médecine moderne au XIX<sup>e</sup> siècle avec l'utilisation des règles d'hygiène, la découverte du stéthoscope. [1] A chaque période ses évolutions.

Le constat sur le monde médical d'aujourd'hui impose d'envisager de nets et rapides changements !

« Crise profonde que connaît la médecine générale » [2]

«Le dispositif de premier recours est à bout de souffle » [3]

Avec l'allongement de la durée de vie et des soins de plus en plus performants, la population vieillit et la demande de soins augmente.

En 13 ans, l'âge moyen de la population est passé de 38,6 à 40,6. [4]

De plus, avec la modification des habitudes de vie (manque d'activité physique, mauvaise hygiène alimentaire), les maladies chroniques telles que l'HTA, le diabète ou les maladies coronariennes se sont développées. Les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes en France, soit 20% de la population. [5]

Les missions du médecin généraliste définies par l'article L.4130.1 de la loi HPST [6] et celles définies par la WONCA (cf. définitions) donnent une place aussi importante au dépistage et à la prévention qu'à la permanence des soins. Les médecins n'ont plus le choix et doivent adapter leurs pratiques à la population.

Le nombre de médecins inscrits au conseil de l'Ordre n'a jamais été aussi élevé mais la part des retraités est très importante. Le manque de médecins de premier recours actifs et leur mauvaise répartition (cf. Carte n°2) concernent comme nous le verrons ultérieurement surtout les zones rurales (cf. définitions).

Dans ce contexte de désertification médicale et de nécessité d'adaptation à une population changeante, des mutations apparaissent. De nouveaux modes d'exercice se développent, notamment l'installation en groupe des médecins, la création des maisons et de pôles de santé (cf. définitions) et d'autres changements sont à venir.

Dans un premiers temps, je décrirai différentes transformations en cours dans le domaine médical, en particulier dans le département de l'Ardèche. Par la suite, je décrirai la méthode employée pour étudier le ressenti des médecins en ce qui concerne leurs installations en groupe pour en définir les avantages et les inconvénients.

Enfin, je procéderai à l'analyse des résultats, à leurs interprétations et à la comparaison de ceux-ci aux données de la littérature.

## II. ETAT DES LIEUX

### 1. Des années difficiles à venir pour la médecine de premier recours

De nombreuses études s'accordent sur notre avenir en ce qui concerne le monde médical et les projections sont peu optimistes. [2] [7] [8]

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, il y avait 271 965 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins dont 215 865 actifs et 56 105 retraités.

En un an, on a constaté une augmentation de 8% des retraités pour une baisse de 0,12% des actifs. [2] [6] [7]

Le rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'Ordre des médecins [6], montre que d'ici 2020, la densité médicale va baisser de 20%, et les médecins de plus de 55 ans représenteront 40% des effectifs.

Deux études annoncent un retour à l'équilibre pour 2030 :

- Mr Legmann décrit une baisse des effectifs médicaux de 10% d'ici à 2019 et un retour au niveau actuel en 2030. [2]
- Selon la DRESS, nous allons passer de 208 000 médecins en 2006 à 188 000 en 2019 pour revenir en 2030 à environ 206 000 médecins. [8]

De plus, la population française va croître d'environ 14% entre 2006 et 2050. La densité médicale va donc baisser plus que l'effectif seul de médecins.

La demande et l'offre de soins vont évoluer dans deux directions opposées.

L'offre de soins va baisser de façon inexorable avec :

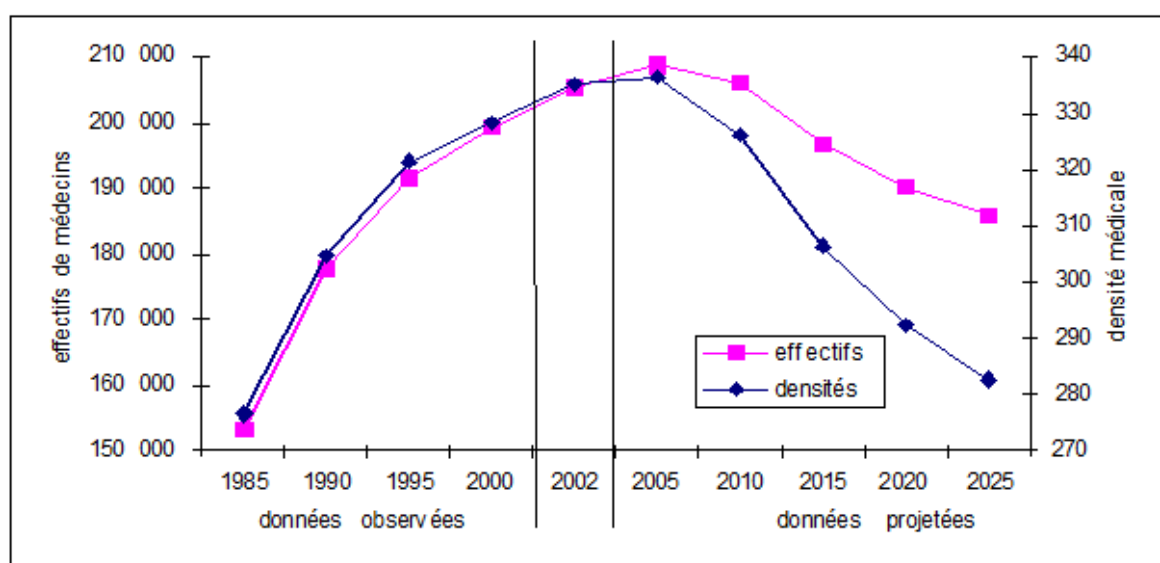
- Un vieillissement des professionnels
- Une diminution du temps de travail
- Une féminisation de la profession

La demande de soins va augmenter avec :

- Le vieillissement de la population
- L'augmentation des maladies chroniques
- L'aspiration à un état de santé parfait



Graphique n°1 : Evolution du nombre et de la densité des médecins de 1985 à 2025\*



Source : rapport annuel 2004 ONDPS  
- Tome 2

\* Le scénario central dont les résultats précédents s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Le numerus clausus est porté à 7 000 en deux ans, et maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection.
- Pour les spécialités hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du numerus clausus cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004.
- Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au numerus clausus de la région cinq ans plus tôt.
- Les comportements des médecins et étudiants sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, d'installation, cessation d'activité...).

## 2. Jeunes médecins et zones rurales

### 2.1. Une fuite du monde rural

Les médecins s'installent préférentiellement en zone urbaine. [2] [8] [10]

D'après la DREES, en 2006, 46% des généralistes exerçaient dans un pôle urbain avec CHU, 30% dans un pôle urbain sans CHU, 11% dans une commune mono polarisée ou multi polarisée et seulement 13% dans un espace à prédominance rurale.

Et ce manque d'attraction pour les zones rurales ne va qu'augmenter.

En effet, d'ici 2030, on pronostique une baisse de 3% dans les pôles avec CHU, de 7% dans les communes mono polarisées ou multi polarisées, et de 20% dans les espaces ruraux. Seuls les pôles sans CHU verront une croissance de 15% des médecins généralistes. [8]

D'après l'étude de Maud Lecoustey, en 2006 seulement 14% des internes envisageaient de s'installer en campagne. [11]

Une autre étude menée en 2007 sur les internes de médecine générale retrouve des chiffres encore moins en faveur de l'installation en zone rurale. Seuls 8% des internes envisageaient de s'installer en campagne. [12]

Ces deux études et la thèse de Pierre Gicquel [19] retrouvent les mêmes raisons aux choix d'un exercice non rural :

- Des raisons familiales
- La peur de l'isolement médical
- La réalisation trop fréquente de gardes
- Un environnement pauvre en services
- Des congés difficiles à prendre
- Des difficultés à se faire remplacer
- Des raisons financières

On peut également envisager la peur d'une charge de travail trop lourde. En zone rurale, les médecins généralistes travailleraient plus du fait d'un manque de médecins et d'une population en général plus âgée.

## **2.2. Importance du lieu de formation**

Les études médicales sont longues. L'étudiant en médecine réalise souvent son externat dans sa ville de naissance ou dans la ville qui comporte une faculté de médecine la plus proche.

Lors du concours de l'examen classant national, le futur interne choisit soit de rester dans cette même ville car il a déjà des liens sociaux, familiaux, de couple, un futur réseau professionnel... soit il choisit de quitter cette ville et en choisit une autre pour des raisons de formation professionnelle, de classement insuffisant, des raisons familiales....

A 24 ou 25 ans, il commence son internat. Les trois années d'internat, sont parfois, l'occasion de trouver l'amour et pourquoi pas, le moment de faire des enfants.

Il paraît alors logique que le lieu de formation de l'internat se transforme en lieu d'exercice futur.

Le profil type de l'interne qui exercera la médecine rurale est un homme issu d'une petite ville à faible densité médicale et ayant effectué son stage chez le praticien. [12]

La disponibilité de terrains de stage chez le praticien en zone rurale, qu'il s'agisse de stage praticien ou de SASPAS, apparaît donc primordiale pour attirer les jeunes médecins. L'accueil des internes en stage en maison de santé permet souvent d'assurer la pérennité de celles-ci. [3] Les internes interrogés le proposent d'ailleurs à 72% lorsqu'on leur pose la question. [8]

### 2.3. Importance de la formation elle-même

Les zones rurales plus couramment appelées campagnes, ont de nombreuses raisons de ne pas attirer. Les jeunes médecins comme beaucoup de monde souhaitent un accès aux loisirs, à la culture, souhaitent avoir des lieux ou sortir les soirs et les week-ends, ils veulent des écoles, des supermarchés... (Ce qui nous ramène à la définition de bassin de vie). Mais un autre facteur plus spécifique apparaît dans le fait de ne pas vouloir s'installer dans les campagnes : la formation.

Les jeunes médecins ne se sentent tous simplement pas prêts à s'installer en zone rurale car il manque d'information.

Ils sont formés en milieu hospitalier et ne sont pas préparés à un exercice isolé. [2]

L'exercice de la médecine à l'hôpital est bien loin de l'exercice de la médecine générale.

Les pathologies ne sont pas les mêmes, les responsabilités ne sont pas les mêmes et il existe toujours un esprit équipe.

Ce dernier aspect est particulièrement important pour un jeune médecin qui doute souvent de ses propres compétences par manque d'expérience.

De plus, les différents types d'installations, les différentes aides à l'installation sont mal connues et quand elles le sont, c'est grâce au bouche à oreilles. [2] [3] [9]

Malgré mon projet de m'installer en Ardèche, je ne connaissais pas la définition des ZZR et les exonérations fiscales qui y étaient liées avant de réaliser mon mémoire de stage. [13] [14]

Outre ces exonérations fiscales, certains départements délivrent des primes à l'installation et toutes ces mesures ne sont pas connues.

Les démarches administratives pour l'installation font peur car ne sont pas du tout maîtrisées par les jeunes médecins.

Ces problèmes de formation font d'ailleurs partie des propositions de l'AIMGER pour favoriser l'installation des jeunes médecins. [11]

Les Docteurs Boyeldieu et Arrouch, qui eux-mêmes estimaient manquer de connaissances pour s'installer, ont réalisé leur thèse sur ce sujet. [15]

Ils estimaient également que le manque de connaissance sur l'installation était un des facteurs du délaissement de la médecine générale.

D'après leur travail, la moitié des médecins interrogés ne connaissaient pas les différents modes d'exercice. Chez des jeunes médecins qui se posent de plus en plus de questions quant à l'installation, le manque de maîtrise de ces données apparaît un frein supplémentaire.

### **3. Une modification de la population soignante**

#### **3.1. Un transfert du libéral vers le salariat**

L'activité libérale était la base de la médecine. Le code de déontologie reprend les bases de la charte de 1927 [2] :

- Liberté thérapeutique et de prescription
- Respect du secret professionnel
- Droit à des honoraires fixés par « entente directe » entre le médecin et son patient et paiement de ceux-ci directement du patient à son médecin
- Liberté d'installation
- Contrôle des médecins uniquement par leurs pairs

Mais les mutations de la société (perte de la fixation des honoraires, perte de la liberté de prescription, judiciarisation...) et des médecins (comme nous l'avons décrit auparavant) entraînent une modification des attentes en ce qui concerne le mode d'exercice.

L'étudiant en médecine est salarié, pendant son externat et son internat, c'est donc initialement le seul statut qu'il connaît. [12]

Le statut de salarié confère un certain confort que les jeunes générations recherchent :

- Protection sociale
- Avantages sociaux
- Activité variée
- Rémunération différente
- Travail en réseaux
- Diminution des charges
- Limitation des responsabilités
- Horaires moins lourds

L'activité libérale attire de moins en moins. [2] [7]

Moins d'un étudiant sur deux envisage de s'installer en libéral. [7][11][12]

Le salariat et une activité mixte (salariat et libéral) se développent de plus en plus (27,7% des internes envisagent une activité mixte). [12]

Le rapport ONDPS relate que les internes de médecine générale envisagent :

- Un exercice libéral exclusif à 11%
- Un exercice salarié exclusif à 9%
- Un exercice mixte à 39,5%
- Ne sait pas encore 7%

Cette évolution du salariat est également liée au développement de structures qui nécessitent des médecins coordonnateurs (lieux d'hébergement pour personnes âgées, foyers pour personnes handicapées...) et à l'augmentation en nombre de certains postes (médecins scolaires, médecins de PMI, médecins du travail...).

Les médecins généralistes nouvellement diplômés n'exercent donc pas tous la médecine de premier recours, environ 40% d'entre eux s'orientent vers d'autres pratiques (médecine scolaire, médecine du travail, MEP...). [9]

Cette augmentation des effectifs pour ces postes de salariés se fait au détriment des postes de libéraux qui sont ceux exerçant la médecine de premiers recours. [9]

Tableau 1 : Les modes d'exercice par genre des nouveaux inscrits

Au 1er janvier 2009	Hommes	Femmes
libéral	5%	4%
salarié	30%	35%
remplaçant	10%	14%

### 3.2. Retard à l'installation

On note un âge, lors de la première installation, qui recule. Il est de 39 ans en moyenne d'après l'ONDPS et ce au bénéfice du développement des remplacements. [9]

Les soutenances de thèse se déroulent en moyenne entre 28 et 32 ans mais peuvent se réaliser jusqu'à l'âge de 36 ans. [6] [7]

L'installation, outre le passage de la thèse est également beaucoup plus tardive. [15]

Le nombre de remplaçants, même s'il était en baisse en 2008, a présenté une forte augmentation jusqu'en 2013 (+5,5% entre 2008 et 2013). [6]

Le remplacement peut être un mode d'exercice temporaire en attendant une installation ou bien adopté d'une manière plus pérenne.

Il permet : d'une part de réaliser un complément de formation pour gérer des pathologies non apprises lors du cursus hospitalier, d'autre part, il permet de se faire une idée du métier et enfin, il peut permettre de démarrer une vie familiale.

L'installation en libéral est retardée, voire redoutée. Elle est différée de plus d'un an pour 64,6% des internes. [12]

On retrouve différentes raisons à cela, entre autres, des raisons familiales, l'impression d'un manque d'expérience et la facilité à trouver des remplacements.

La féminisation est également liée à ce retard d'installation. 64,9% des femmes s'installent 3 ans après leurs études contre 55% des hommes. [16]

### 3.3. Féminisation

Le nombre de femmes dans la population médicale augmente. [2] [8] [10]

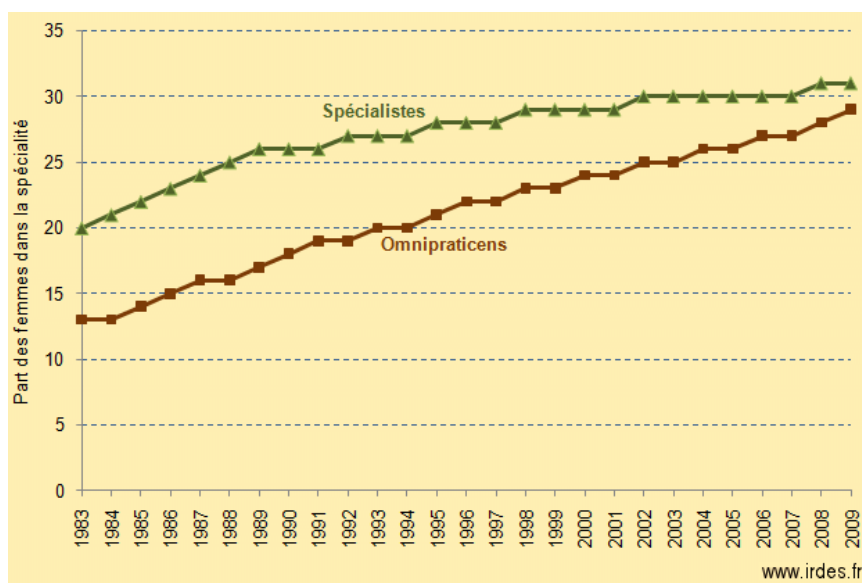
Depuis les années soixante, la place de la femme dans la société a beaucoup évolué. Le travail des femmes s'est développé et de plus en plus de femmes entament de longues études. Avec cette féminisation du monde médical, des modifications vont apparaître.

La part des femmes était de 25% dans les années quatre-vingts, elle est, de nos jours, d'environ 37% et pourrait atteindre 54% en 2030 (56% en ce qui concerne la médecine générale). [8]

La part des femmes nouvellement inscrites à l'Ordre a augmenté de 5% entre 2006 et 2013. [6]

Elles représentent 52% des nouvelles inscrites au tableau de l'Ordre en 2008, et une part importante des médecins remplaçants (de 42% en Corse à 61% en Alsace) ce qui diminue encore le nombre de médecins installés. [2]

Graphique n° 2 : Evolution de la part des femmes chez les omnipraticiens et spécialistes libéraux de 1983 à 2009



Un travail de thèse a été effectué sur la féminisation du monde médical et ses conséquences. [17]

On retrouve pour les médecins généralistes installés :

- Des thèses tardives. Les femmes mettent plus de temps à passer leur thèse 2,3 ans contre 1,7 an pour les hommes.
- Une installation préférentielle en zone urbaine (32,43%) ou semi-rurale (54,05%) qu'en zone rurale (8,11%).
- Une charge de travail moins importante que celle des hommes avec une moyenne de 40,76 heures contre 48,64.
- Aucune différence en ce qui concerne les gardes

D'autres sources confirment une productivité moindre pour les femmes (environ de 30%). [2] [7] [10]

En revanche, la productivité des femmes rattrape progressivement celle des hommes.

L'activité des femmes représente de nos jours 70% de celle des hommes mais représentait 60% en 1989. On peut donc imaginer qu'un équilibre se fasse entre l'activité des femmes et celle des hommes.

### **3.4. Une population de médecins vieillissante**

Le nombre de médecins inscrits à l'Ordre n'a jamais été aussi élevé car on comprend les médecins retraités.

D'ici 2020, 40% des médecins auront plus de 55 ans. [7]

Les médecins vieillissent et le nombre de nouveaux inscrits ne compense pas les départs en retraite.

La tranche d'âge moyen des moins de 40 ans diminue de 12% alors que celle des plus de 50 ans augmente de 53%. [2]

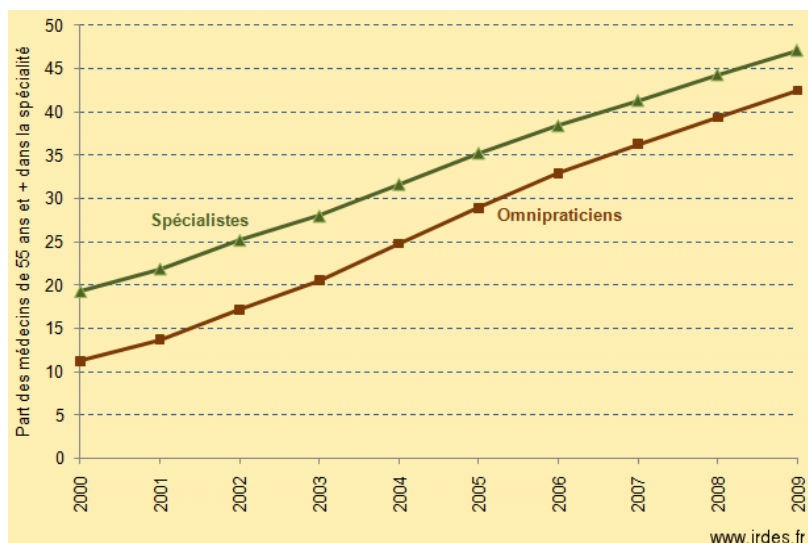
Ce vieillissement de la population soignante va aboutir à des départs en retraite massif d'ici 5 ans, ce qui va laisser de nombreux cabinets médicaux vides.

Ce départ excessif, va également entraîner une charge de travail supplémentaire pour les médecins qui restent.

J'ai d'ailleurs pu constater ce phénomène lors de mes stages chez les praticiens et les remplacements effectués.

Cette augmentation de la charge de travail peut également, pour les jeunes médecins qui envisagent de s'installer dans le rural, être un frein.

Graphique n°3 : Evolution de la part des médecins de 55 ans et plus, de 2000 à 2009



### 3.5. Des médecins qui n'ont plus les mêmes attentes

La population de jeunes adultes que constituent les internes ne conçoit plus la médecine de la même façon qu'il y a 40 ans.

En effet, l'image du médecin de campagne isolé réalisant les visites à domicile de 22h à minuit et de garde 1 soir sur 2 n'attire plus.

Un seul crédo les anime : vocation oui ! Sacerdoce non ! [6]

La thèse du Dr Barat Florie [18] confirme bien la difficulté de l'exercice en zone rurale.

Elle décrit :

- Des médecins qui ont frôlé le burnout
- Une lourdeur administrative

Les jeunes médecins sont très attachés à préserver un équilibre entre vie personnelle et professionnelle. [7] [9] [11] [12] [16] [18] [19]

Un praticien installé sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire d'environ 12 heures. [20]



Une enquête menée par l'ONDPS cherchait les critères susceptibles de guider le choix de carrière. [9]

Voici les résultats sous forme de tableau :

Tableau n°2 : Critères de choix de carrière cités en premier et en second selon le sexe (n=339), en %

Choix cités	Hommes		Femmes		Total	
	1 <sup>er</sup>	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup>	1 <sup>er</sup>	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup>
Qualité de vie	54	82	67	92	62	89
Intérêt intellectuel	23	45	16	52	19	49
Conditions de travail	18,5	51	15	45	17	47
Aspects financiers	6,5	23	1	11	3	15

En ce qui concerne les caractéristiques professionnelles, on retrouve comme critères influençant les choix de carrières suivant :

Tableau n°3 : Critères professionnels de choix cités en premier et en second selon le sexe (n=339), en %

Influence sur choix	Hommes		Femmes		Total	
	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Un peu	Beaucoup	Un peu
Amplitude horaire/jour	42	45	69	26	59	33
Contraintes gardes	33	47	57	37	48	41
Possibilité temps partiel	21	31	53	36	41	34
Interruption activité	26	46	38	47	34	47

L'étude de Maud Lecoustey, menée en 2012 sur l'installation des internes semble bien refléter les attentes de ceux-ci. [11]

On retrouve notamment contre une installation en libéral :

- Une peur de tâches administratives
- Un temps de travail hebdomadaire trop lourd (86% souhaitent travailler entre 8 et 9 demi-journées par semaine).
- Une peur de l'isolement

Les avantages qu'ils trouvent à la médecine libérale comptent :

- La capacité à organiser leur temps de travail
- Le suivi des patients
- La possibilité d'orienter l'activité selon les envies
- La possibilité de faire de la prévention

D'une façon plus globale, on peut résumer leurs attentes [16] :

- Des temps de vie et de travail équilibrés
- Une carrière professionnelle diversifiée
- Des formes d'exercice professionnel moins solitaires
- Un mode de rémunération qui ne soit plus univoque, exclusivement à l'acte

Dans le cadre du rapport ONDPS, on a demandé à des internes et à des jeunes médecins installés de numéroter les critères influençant le choix de leur lieu d'exercice. (1= Aucune importance, 10= Très important).

Tableau n°4 : Critères influençant le choix du lieu d'exercice. Numérotés de 1 à 10. Chez des étudiants et des jeunes médecins installés.

	Moyenne étudiants	Écart type	Moyenne jeunes installés	Écart type
Qualité de vie	8,3	1,6	7,6	1,8
Relations avec la patientèle	8,2	1,4	7,6	2,1
Diversité des pathologies rencontrées	7,9	1,9	7,0	2,3
Possibilité d'exercice en groupe	7,7	1,8	5,4	3,2
Entourage médical et paramédical	7,5	1,5	6,7	2,3
Projet de couple	7,4	2,7	5,6	3,2
Environnement scolaire et culturel	7,3	1,7	6,0	2,5
Activités culturelles et de loisir	7,2	1,9	5,4	2,8
Importance de l'activité	7,1	1,7	5,7	2,4
Origine géographique	7,0	2,6	6,3	3,2
Opportunité d'installation	6,9	1,6	7,5	2,5
Aides financières	5,8	2,7	2,6	2,8
Lieu d'études	5,4	2,6	4,8	3,3
Ensemble	7,2		6,0	

## 4. La région Rhône-Alpes et le département de l'Ardèche

### 4.1. La région Rhône-Alpes

La région Rhône-Alpes est la 2<sup>e</sup> région de France en termes d'économie et de population.

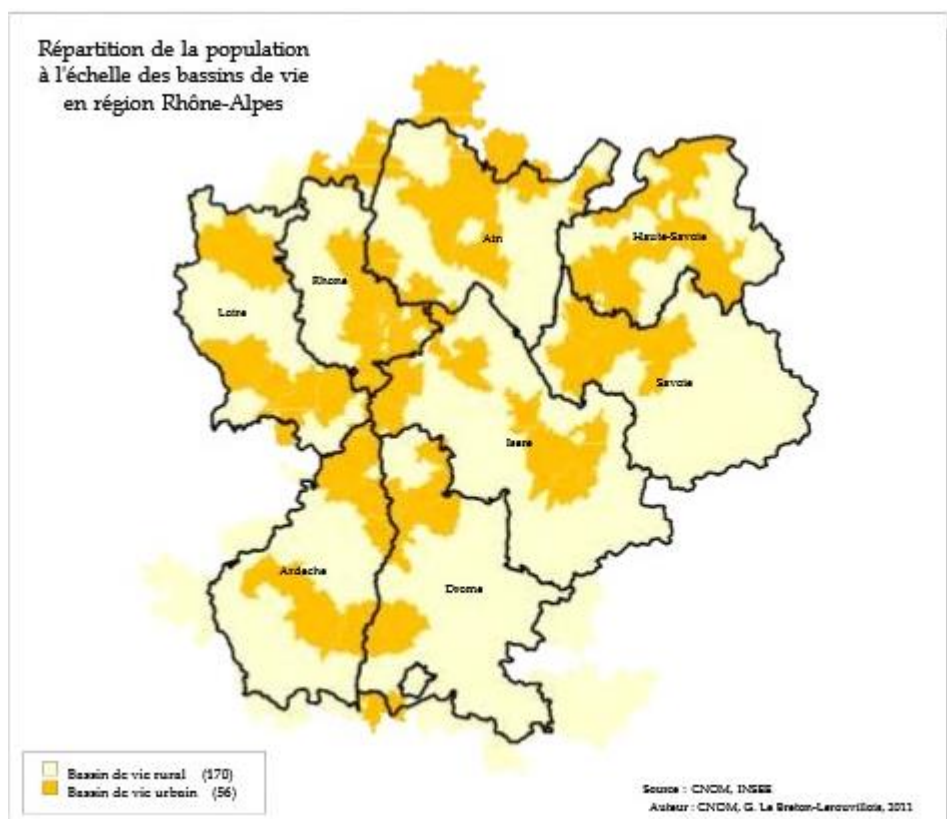
Elle comprend 8 départements (l'Ain, l'Ardèche, la Drome, l'Isère, la Loire, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie) et 226 bassins de vie (cf. définitions) pour 6 215 840 habitants. [6]

Plus de 75% des bassins de vie dénombrent moins de 30 000 habitants et sont donc considérés par l'INSEE comme des bassins de vie ruraux.

38% des bassins de vie sont composés de médecins généralistes de plus de 52 ans.

La région est au 7<sup>e</sup> rang des régions les mieux dotées en médecins avec 313 médecins pour 100 000 habitants, [5] mais comme nous allons le voir, ces médecins ne sont pas répartis de façon égalitaire sur le territoire.

Carte n°1: les bassins de vie de la région Rhône-Alpes



#### 4.2. Le département de l'Ardèche

Le département de l'Ardèche compte 315 595 habitants.

En 2010, on comptait 491 nouvelles inscriptions à l'Ordre des Médecins pour la région mais l'Ardèche n'était concernée que par 2.6% de ces inscriptions contre 43.4% pour le département du Rhône.

En France, on comptait en 2013, 155 médecins généralistes pour 100 000 habitants. [21]

D'après l'URPS, en 2012, l'Ardèche en comptait 79 pour 100 000. [22]

Tableau n°5 : Effectif, moyenne d'âge, part des femmes

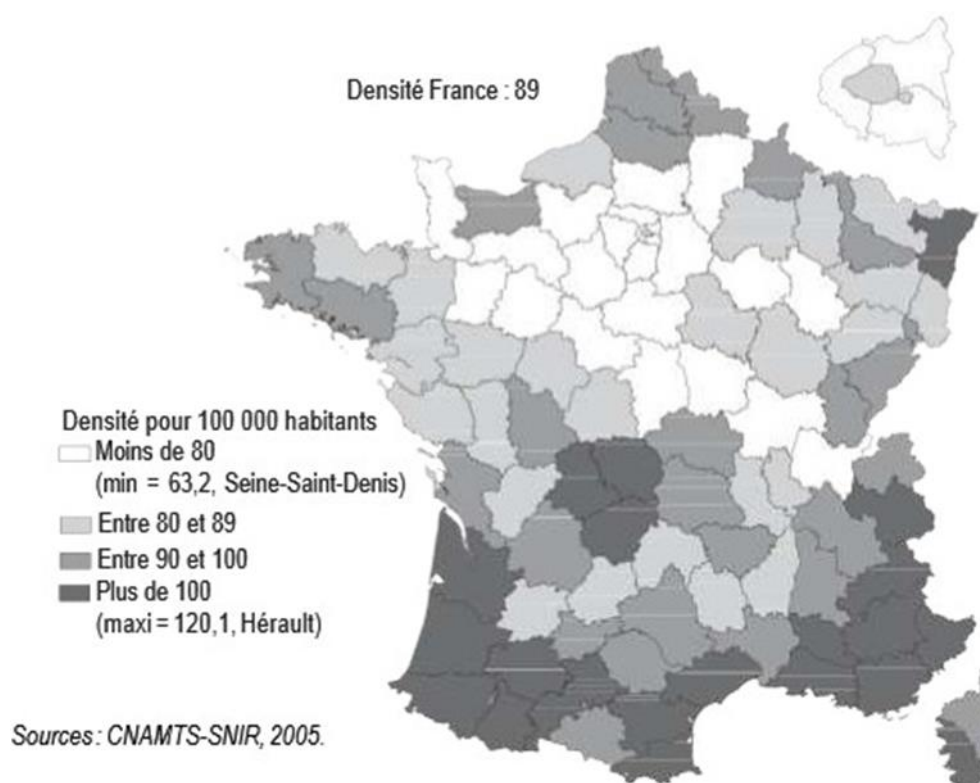
	Généralistes Effectifs	Spécialistes Effectifs	Total GEN/SPE Effectifs	Age Moyenne	Femmes Pourcentage
Ain	631	474	1105	52	39,2%
Ardèche	386	324	710	53	33,7%
Drôme	670	674	1344	51	38,9%
Haute-Savoie	1028	982	2010	50	41,4%
Isère	1779	1948	3727	50	47,7%
Loire	1123	1189	2312	50	43,3%
Rhône	2790	4182	6972	50	47,4%
Savoie	674	580	1254	51	42,3%
<b>Rhône-Alpes</b>	<b>9081</b>	<b>10353</b>	<b>19434</b>	<b>50</b>	<b>44,5%</b>

Comme de nombreuses zones rurales, le département de l'Ardèche comprend une population vieillissante, qu'il s'agisse de la population générale ou de celle des médecins.

Plus de 55% des médecins ont plus de 55 ans.

L'âge moyen d'inscription à l'Ordre des médecins est de 37 ans (le plus élevé de la région). En 2040, la part des 65 ans et plus sera de 30,9%, pourcentage le plus important de la région Rhône-Alpes. [22]

Carte n°2 : densité de généralistes libéraux de premier recours par département (situation au 31/12/2005)



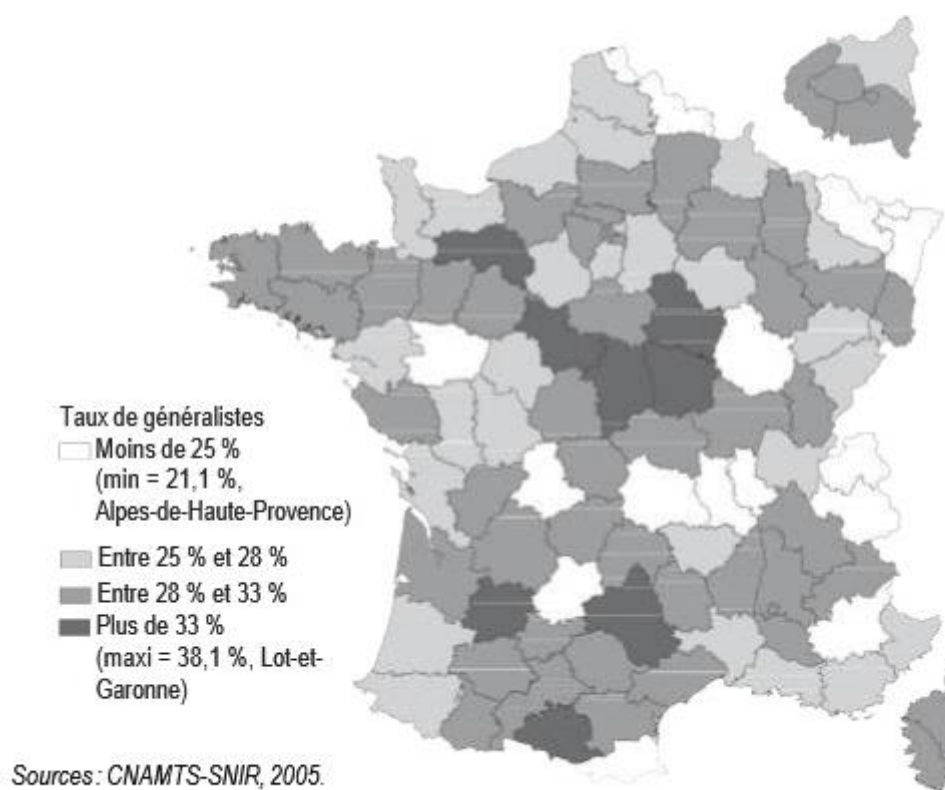
L'Ardèche comprend aujourd'hui une population médicale déjà inférieure à la moyenne.

Une des particularités de l'Ardèche est son attraction estivale. En effet, durant les périodes estivales et notamment les mois de juillet et d'août, la population peut atteindre plus de 500 000. [23]

L'activité touristique étant d'une répartition irrégulière (afflux majoritaire vers les zones offrant des temps de baignade : Gorges de l'Ardèche, région Beaume-Drobie...) on retrouve une forte augmentation de la demande de soins dans certaines zones.

La population médicale ardéchoise est également vieillissante.

Carte n°3: Taux de généralistes libéraux de premier recours de 55 ans et plus par département (situation au 31/12/2005)



Compte tenu du vieillissement de la population médicale et de la population Ardéchoise, du recul de l'âge d'installation, de l'afflux touristique et du pourcentage très faible d'inscrits dans le département, on peut aisément comprendre que l'avenir en termes d'offre de soins est peu optimiste.

Dans ces conditions, le développement de pôles et de maisons de santé a été très rapide. L'exercice de la médecine se fait pour 32,7% en cabinet individuel, pour 52% en cabinet de groupe, pour 8,3% en cabinet de groupe pluri-professionnel et pour 7,1% en pôle ou maison de santé. [23]

D'après l'union régionale des professionnels de santé, en 2013, 8 maisons de santé pluridisciplinaires ont été créées et 14 projets sont en cours [22]

Cela suffira-t-il à attirer de jeunes médecins et combler le déficit à venir ?

### III. DEFINITIONS

**Maison de santé** : d'après le code L.6323-3 du Code de la santé publique complété par l'article 39 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet : « les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».

**Pôle de santé** : l'article L.6323-4 du code de la santé publique définit les pôles de santé ainsi :  
"Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale."

**Bassin de vie** : selon l'INSEE : « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ». Il s'agit d'un espace géographique des pratiques spatiales de la vie quotidienne où les populations vivent et se déplacent (hypermarchés, magasin, gendarmerie, bureau de poste, école...)

**Médecine générale** : Définition de la pratique de la médecine générale retenue par la WONCA et l'OMS. [9]

La médecine générale est décrite au travers de onze critères :

- Premiers contacts avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toute autre caractéristique de la personne concernée.
- Utilisation efficiente des ressources du système de santé, à travers la coordination des soins et la gestion du recours aux autres spécialités.
- Approche centrée sur la personne, dans ses dimensions individuelle, familiale et communautaire.
- Consultation personnalisée à travers une relation médecin patient privilégiée.
- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.

- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
- Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
- Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physiques, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

**Zone rurale (milieu rural, campagne) :** désigne l'ensemble des espaces cultivés habités, elle s'oppose aux concepts de ville, d'agglomération ou de milieu urbain. La campagne est caractérisée par une faible densité par rapport aux pôles urbains environnants, par un paysage à dominante végétale (champs, prairies, forêts et autres espaces naturels ou semi-naturels), par une activité agricole dominante, au moins par les surfaces qu'elle occupe et par une économie structurée plus fortement autour du secteur primaire. En France, pour l'Insee, une commune est dite rurale quand elle n'atteint pas le seuil de 2 000 habitants. Ces communes rurales regroupent 25,3 % de la population française.

**Tontine :** Nom donné à un système de prévoyance, créé par un groupe de médecins en Ardèche méridionale. Il comprend cette année 12 membres. Lors de l'absence d'un médecin pour raisons médicales, les autres médecins du groupe versent l'équivalent d'une consultation, soit 23 euros par jours pendant la période de carence soit 30 jours.

**Charte d'OTTAWA :** Charte élaborée le 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous. [24]

Elle défend la promotion de la santé, en décrivant par exemple les conditions indispensables à la santé, et nous oriente vers les actions à mettre en place.

Les actions à mettre en place comprennent :

- L'élaboration de politiques pour la santé
- La création d'environnement favorable
- Le renforcement de l'action communautaire
- L'acquisition d'aptitudes individuelles
- La réorientation des services de santé

## **IV. PROBLEMATIQUE**

### **1. Pourquoi cette étude ?**

J'ai constaté qu'il y a eu de nombreuses études concernant les attentes des internes en médecine générale. [11] [12] [18] [19]

L'installation en groupe apparaît comme la solution au maintien d'une qualité de vie personnelle et professionnelle et le moyen d'attirer les jeunes en zones rurales. [7] [11] [15] [18]

Mais peu d'études ont permis de développer le ressenti du médecin généraliste installé quant à sa pratique en groupe ou isolé.

« La connaissance de l'exercice en groupe reste parcellaire ». [25]

Or avant de s'installer, il paraît intéressant de pouvoir détailler les avantages et les inconvénients rencontrés dans l'exercice de la médecine générale en tenant compte de l'expérience de chaque médecin.

L'étude qualitative permet de répondre à ces questions et d'avoir un retour d'expérience positif ou négatif.

### **2. Genèse du projet**

Devant mon attachement à la campagne et au département de l'Ardèche, j'ai décidé de réaliser mon stage chez le praticien et mon SASPAS chez des médecins généralistes installés en zone rurale dans ce département.

L'idée de réaliser mon mémoire de stage sur les deux modes d'exercice (seul ou en groupe) est apparue très rapidement. En réalisant ces stages, d'une part chez un médecin installé seul, et d'autre part chez des médecins installés en maison de santé pluridisciplinaire, la question de mon installation future s'est posée.

Ce mémoire était une étude qualitative par des entretiens semi-directifs, à l'aide d'un canevas d'entretien sur 5 médecins généralistes installés en zone rurale dans le département de l'Ardèche. L'échantillon était constitué de médecins installés seuls et en groupe. Cette étude retrouvait des avantages et des inconvénients aux deux types d'installations.

Le nombre de médecins interrogés n'était pas suffisant pour arriver à une saturation des données, de plus, certains résultats m'ont étonné et j'ai souhaité les approfondir.

Devant la conviction que la médecine générale de groupe est l'avenir, j'ai décidé pour ce travail de thèse de n'interroger que des médecins installés en groupe.



### 3. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de connaître le ressenti des médecins en ce qui concerne les avantages et les inconvénients à leur exercice en groupe.

L'objectif secondaire est d'essayer de trouver des solutions pour pallier les inconvénients ressentis par les médecins interviewés.

### 4. Hypothèse

Je pense qu'une meilleure connaissance des représentations, des croyances et de l'expérience des médecins généralistes peut aider les jeunes généralistes à faire les bons choix en ce qui concerne leur installation.

La littérature cite fréquemment les mêmes avantages :

- Une diminution du temps de travail
- Une diminution des charges
- Un exercice moins isolé

Ces données issues de publications seront exposées et référencées dans le chapitre discussion, en confrontation directe avec nos résultats.

On retrouve peu d'inconvénients dans la littérature, pourtant, après avoir côtoyé différentes structures de groupe pendant mes stages ou mes remplacements, je suis convaincue qu'il n'existe pas que des avantages.

Par exemple, les charges me semblent plus élevées en groupe qu'en cabinet isolé.

Comme tout travail en groupe, les relations humaines peuvent être parfois délicates.

Le départ d'un associé ne peut-il pas déstabiliser une structure ?

J'espère, à travers le ressenti de médecins installés, mettre à jour ces avantages et ces inconvénients et trouver comment les médecins apprennent à gérer ces inconvénients.

## **V. METHODE**

### **1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative menée du mois de Janvier 2014 au mois d'Aout 2014 en Ardèche. Cette étude a consisté en la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes installés.

La méthode qualitative semblait la plus appropriée pour cette étude car on s'intéressait aux expériences individuelles, et aux ressentis propres de ces médecins.

Certaines motivations et sensations ne peuvent être considérées dans une étude quantitative.

Cette étude a bien sûr été menée en accord avec chacun des médecins contactés.

### **2. Population**

La population cible de l'étude est celle des médecins généralistes installés en Ardèche.

Le principal critère d'inclusion était donc d'être installé en tant que médecin généraliste en Ardèche. Nous avons décidé d'exclure en conséquence les médecins remplaçants.

Il apparait difficile lors d'une étude qualitative de calculer le nombre de sujets nécessaires. En effet, on ne peut formellement savoir à quel moment il existera une saturation de données.

Initialement j'envisageais de réaliser entre 6 et 12 entretiens. J'ai réalisé 10 entretiens de médecins généralistes, ces médecins généralistes étant répartis dans 5 lieux d'exercices différents.

Le choix des médecins rentrant dans l'étude s'est fait de façon pratique. Parmi les 10 médecins vus en entretien, 3 étaient mes anciens maîtres de stage. J'avais déjà rencontré les autres médecins lors de réunions ou de formations communes par le passé. Les avoir revus, lors d'une réunion appelée tontine (cf. définition), m'a permis de leur faire part de mon travail de thèse et de leur demander d'y participer.

### **3. Une étude qualitative**

#### **3.1. Principe de la recherche qualitative**

La recherche qualitative est issue des sciences humaines et sociales. Les anthropologues et les sociologues ont été les premiers à utiliser la recherche qualitative au cours des années 1920.

La méthode qualitative permet de comprendre quand la méthode quantitative permet plus de compter. La médecine étudie l'individu et sa complexité, c'est donc très logiquement que la méthode qualitative s'est développée dans le monde de la santé à partir des années 1990.

Elle laisse délibérément de côté l'aspect quantitatif pour gagner en profondeur dans l'analyse de l'objet d'étude. Elle cherche à recueillir des données verbales, notamment grâce à la réalisation d'entretiens, permettant une démarche interprétative. [26]

Le chercheur n'est pas considéré comme extérieur, celui-ci est en interaction avec l'objet étudié. Il est dit « réflexif ».

Cette méthode est particulièrement appropriée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et donc difficiles à mesurer. En effet, elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, elle permet de comprendre les comportements et les expériences. [26]

### **3.2. Critères de scientificité**

La méthode qualitative a longtemps été et reste parfois encore très controversée, de ce fait, depuis quelques années, des critères de rigueur se sont développés.

On retrouve comme critères de scientificité [27] [28] :

- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances
- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative
- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits
- La méthode est appropriée à la question de recherche
- La sélection des participants est justifiée
- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent
- L'analyse des données est crédible
- Les principaux résultats sont présentés de façon claire
- Les citations favorisent la compréhension des résultats
- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices
- Les limites de l'étude sont présentées
- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées
- Comparer l'étude à d'autres études identiques augmente la validité du travail

## **4. Entretien**

### **4.1. Définition**

La méthode qualitative comprend trois grands types d'entretiens [27] [28] :

- L'entretien libre comme les récits de vie. Celui-ci est principalement utilisé quand il n'existe aucune donnée sur le sujet étudié.
- L'entretien semi-dirigé qui permet d'approfondir des données existantes, données issues d'autres études qualitatives ou quantitatives.
- Le focus groupe, qui consiste à réunir plusieurs personnes présentant une caractéristique étudiée afin de créer un entretien de groupe.

Dans mon étude, le choix s'est porté sur des entretiens semi-dirigés. En effet, il existait déjà des données sur le thème étudié ce qui éloignait de l'entretien libre.

J'avais envisagé, au début de ma réflexion, la réalisation de focus groupe. Cette méthode d'entretien a été écartée par peur que les médecins s'inhibent en groupe et qu'apparaissent des comportements de défense.

En effet, chaque médecin n'est pas prêt à aborder tous les sujets devant ses confrères. L'argent, les charges, les difficultés de relations humaines ne sont pas des sujets qui s'abordent très facilement devant ses propres associés ou des médecins de villages voisins.

L'entretien semi-directif m'a paru tout à fait adapté. L'étude portant sur leur expérience personnelle de la médecine de groupe, le fait d'être seul avec eux paraissait plus adéquat.

L'aspect semi-directif de l'entretien permet de pouvoir orienter la personne sur les problématiques concernées sans influencer ses réponses.

### **4.2. Principe de l'entretien semi dirigé**

L'entretien consiste en un échange verbal libre entre l'enquêteur et l'interviewé, orienté sur le sujet étudié par un guide d'entretien réalisé au préalable.

L'échange permettra d'obtenir les informations mais également de les comprendre.

L'objectif est de mettre l'interviewé en confiance, il faut garder la cohésion et le contrôle de l'entretien.

Pour que l'entretien se déroule dans de bonnes conditions, le chercheur doit appliquer quelques principes :

- Empathie : encourager l'interviewé à s'exprimer spontanément en adoptant une attitude ouverte, en ayant une grande disponibilité sans préjugé.
- Flexibilité : laisser le médecin aborder naturellement des items, même si l'ordre du guide n'est pas respecté.
- Adaptabilité : rebondir sur une parole, un avis, pour introduire un nouvel item, faire un lien.
- Attitude facilitante : utiliser des mots d'encouragements (d'accord, bien sûr...) et ne pas hésiter à reformuler.

#### **4.3. Paramètres de l'entretien**

Les sujets interviewés étaient des médecins en exercice, nous avons essayé de nous adapter à eux. Les médecins contactés choisissaient le lieu et l'heure de la rencontre.

Pour la majorité des entretiens, ils se sont déroulés dans leur cabinet en fin de journée après leurs consultations.

L'entretien débutait par l'explication du cadre contractuel, il leur était rappelé le sujet de l'étude, et les raisons pour lesquelles ils avaient été choisis. [28]

Ils étaient ensuite assurés de l'anonymat dans un souci de transparence mais également pour que les médecins se sentent plus à l'aise et développent le moins possible de mécanismes de défense.

Afin de faciliter la retranscription, les entretiens étaient enregistrés grâce à un magnétophone intégré à un smartphone avec l'accord des médecins vus en entretien.

Le fait d'enregistrer l'entretien permet, d'une part, d'obtenir le plus de données possible et, d'autre part, de libérer le chercheur de la prise de notes manuscrites tout le long de l'entretien ce qui facilite une attitude naturelle et empathique.

Cela permet également de noter ce qui relèvera du non verbal (gestuel, sourire, mimique...) pour l'inscrire lors de la retranscription afin de pouvoir au mieux interpréter l'entretien.

Les entretiens ont duré de 24 minutes à 57 minutes.

## **4.4. Techniques de l'entretien**

### **4.4.1.Stratégie d'écoute**

Il faut mener un diagnostic d'entretien sur le discours de l'interviewé. [28]

Il faut déterminer le degré de profondeur des réponses de l'interrogé.

Il faut différencier :

- Ce qu'il dit des choses dont il parle
- Ce qu'il dit de ce qu'il en pense
- Ce qu'il cherche à accomplir comme acte à l'égard de l'enquêteur

Pouvoir différencier ces différents degrés de réponse permettra une meilleure interprétation des résultats.

### **4.4.2.Stratégie d'intervention**

Il est en général conseillé de commencer par une question d'ordre général pour mettre l'enquêté à l'aise et qu'il oublie que l'entretien est enregistré.

Le chercheur doit éviter de donner son opinion afin de ne pas influencer le discours. [28]

Les relances favorisent une expression confiante et permettent d'explicitier la pensée :

- En reprenant les propos de l'interviewé pour insister sur l'affirmatif ou pour s'assurer de leur exhaustivité
- En reformulant les propos
- En orientant vers un autre thème, en aiguillant vers des points oubliés ou négligés

Il faut éviter d'interpréter mais plutôt reformuler les paroles du sujet, afin qu'il puisse les observer d'un autre œil et les approfondir.

Si possible, les questions délicates doivent être gardées pour la fin.

## **5. Guide d'entretien**

### **5.1. Principes**

Il ne s'agit pas d'un questionnaire à proprement parler, il est construit à partir des thèmes que le chercheur veut approfondir et après avoir fait une recherche de documentation.

Chaque thème est abordé grâce à des questions ouvertes pour laisser la parole libre à l'interviewé. Des questions de relances sont prévues afin de contrer des silences prolongés.

## 5.2. Conditions de validité

Un guide d'entretien doit répondre à certaines conditions afin que les données soient généralisables [28] :

- Il doit être flexible. En effet, on ne peut prévoir à l'avance ce qui sera dit au cours de l'entretien ni dans quel ordre. Le guide doit donc être modulable en fonction du déroulement de l'entretien.
- L'enquêteur doit avoir une écoute intelligemment critique avec une écoute bienveillante et empathique.
- Il faut s'assurer que l'enquêté a une opinion sur le sujet.
- Il est important de prendre en compte la dimension sociale et interpersonnelle de l'entretien. Par exemple, il faut que le moment et le lieu de l'entretien soient adéquats.
- Il faut libérer au maximum l'interviewé pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées en l'aidant à soulager ses inquiétudes. On utilisera donc des questions directives mais imprécises.
- On postule que l'interviewé « exprime sa vérité ».
- Les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par la probabilité d'occurrence. C'est-à-dire qu'une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée plusieurs fois dans des questionnaires.

## 5.3. Guide d'entretien utilisé

Le guide utilisé est disponible en annexe en version commentée.

J'ai repris les lignes directrices du guide d'entretien utilisé lors de mon mémoire. Je l'ai en revanche modifié puisque j'ai décidé pour ce travail de thèse de n'interroger que des médecins installés en groupe.

Après une étude plus poussée de bibliographie, j'ai rajouté des questions de relance afin de parer aux silences et pour être sûr d'aborder l'ensemble du sujet.

Le premier thème est très général et consiste en la description du médecin interviewé. Cette première partie permet de mieux comprendre le sujet afin d'obtenir une meilleure interprétation de la suite de l'entretien.

Le second et le troisième thème abordent les représentations que se font les médecins généralistes concernant leur exercice de la médecine en groupe.

C'est dans ces deux thèmes que seront abordés les avantages et les inconvénients à l'installation en groupe. Dans ces deux parties, certaines idées pourront s'entrecouper au cours de l'entretien. En effet, certains aspects de l'exercice pourront être considérés tantôt comme des avantages et tantôt comme des inconvénients.

Le dernier thème aborde le recul sur la pratique des médecins interrogés. Il permettra de répondre en partie à l'objectif secondaire.

## **5.4. Réalisation pratique des entretiens**

### **5.4.1. Contact avec les interviewés**

Les médecins sélectionnés lors de la soirée de la tontine ont été contactés par téléphone entre Janvier et Mars 2014.

Le sujet de la thèse leur était communiqué et le principe de l'entretien leur était expliqué.

Ils ont été assurés de la confidentialité et de l'anonymat des données recueillies.

Une fois le principe de l'entretien accepté, une date et un lieu de rendez-vous ont été fixés. Il leur était demandé de prévoir une plage horaire d'environ une heure.

### **5.4.2. Organisation des entretiens**

J'ai moi-même organisé et réalisé les entretiens.

Le cadre contractuel était rappelé :

- Cet entretien est réalisé dans le cadre d'une thèse
- Celle-ci porte sur l'exercice de la médecine en groupe en zone rurale.
- L'entretien est enregistré avec un magnétophone intégré dans un smartphone placé entre l'enquêteur et l'enquêté sauf refus. L'enregistrement sera supprimé après retranscription.
- Les données sont anonymes et ne seront utilisées que pour ce travail de thèse.
- L'interviewé pourra, s'il le souhaite, recevoir les conclusions ou la version complète de ce travail.
- Pour différentes raisons (téléphone, nécessité de boire un verre d'eau...) il sera tout à fait possible de faire une pause. L'enregistrement reprendra dès la reprise de l'entretien.

## **5.5. Traitement des données**

### **5.5.1. Transcription des données**

Pour plus de facilité d'interprétation, j'ai décidé de ne pas exploiter les données enregistrées mais de retranscrire l'intégralité des entretiens avant d'analyser les résultats.



La retranscription s'est faite le plus rapidement possible après la fin des entretiens. L'objectif étant d'être toujours imprégnée de l'ambiance et de pouvoir au maximum retransmettre la communication non verbale.

La retranscription est intégrale, c'est-à-dire qu'elle ne procède pas à une correction grammaticale des interventions et laisse paraître au maximum les éléments non verbaux.

L'intégralité des entretiens retranscrits est disponible en annexe.

### **5.5.2. Analyse des résultats**

L'analyse des données s'est faite en deux temps :

- Une analyse verticale, par lecture répétée de chaque entretien, en relevant les éléments qui semblaient pertinents pour l'objectif principal. Cette analyse permet, entre autre, de comprendre la logique interne de l'enquête.
- Une analyse horizontale, en essayant de regrouper par thèmes tous les éléments de réponses donnés par les sujets.

L'analyse s'est faite de façon inductive, c'est à dire par construction de catégorie à partir de l'analyse des propos des participants. [27]

En pratique, la lecture du premier entretien a permis de réaliser une grille d'analyse (avantages versus inconvénients) qui a servi pour la suite des entretiens. Cette grille a permis une quantification des avantages et des inconvénients. Cette grille, par l'obtention d'une redondance des avantages et inconvénients, a aidé à répondre à l'objectif principal.

En ce qui concerne l'objectif secondaire, l'analyse horizontale n'était pas forcément très pertinente car peu de données étaient redondantes.

Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé.

## **6. Méthodologie de la bibliographie**

Les premières recherches ont eu lieu en janvier 2013, dans le cadre de mon travail de mémoire de stage.

Lors du début du travail de thèse, la recherche s'articulait autour de 3 axes :

- Faire un état des lieux sur l'épidémiologie et sur les différentes façons d'exercer la médecine
- Explorer l'état de la question d'étude
- Faire une recherche sur la méthode qualitative afin de réaliser ce travail avec rigueur.

Les principaux sites scientifiques de recherches ont été les suivants :

- Conseil national de l'Ordre des médecins
- Institut national de la statistique et des études économiques
- Site de la bibliothèque interuniversitaire de médecine

En dehors de ces sites, le moteur de recherche utilisé était Google.

Les mots clés étaient :

- Exercice en groupe
- Médecine générale
- Maison de santé
- Mode d'exercice
- Installation
- Médecine rurale
- Démographie médicale

Par discussion avec certains médecins, des thèses et certains livres ont été cités.

Les bibliographies des différents documents trouvés ont également été utilisées.

## **VI. RESULTATS**

### **1. Echantillon**

La population de l'échantillon comporte comme présenté précédemment 10 médecins généralistes installés en Ardèche méridionale.

Ces dix médecins sont répartis dans 5 lieux d'exercices afin d'être plus représentatif. En effet, le fait de pouvoir comprendre le mode de fonctionnement de différentes structures et donc le ressenti des médecins en fonction de celui-ci permet d'augmenter la pertinence des données.

Pour des raisons évidentes de confidentialité, les villages d'exercice des médecins n'ont pas été cités et aucun nom d'associés non plus car ils auraient permis de faire le lien avec ceux-ci.

Médecin A : Agé de 53 ans, installé dans une maison de santé pluridisciplinaire. A toujours travaillé en groupe.

Médecin B : Agée de 34 ans, installée dans une maison de santé pluridisciplinaire. Première installation.

Médecin C : Agé de 35 ans, installé dans un cabinet de groupe. Première installation.

Médecin D : Agé de 55 ans, installé dans une maison de santé pluridisciplinaire. A toujours travaillé en groupe.

Médecin E : Agé de 57 ans, installé dans une maison médicale. A eu une installation seul auparavant.

Médecin F : Agé de 53 ans. Installé dans une maison médicale. A toujours travaillé en groupe.

Médecin G : Agé de 30 ans. Installé dans une maison de santé pluridisciplinaire. Première installation.

Médecin H : Agée de 32 ans. Installée dans une maison médicale. Première installation.

Médecin I : Agé de 59 ans. Installé dans une maison de santé pluridisciplinaire. A eu une installation seul auparavant.

Médecin J : Agé de 54 ans. Installé dans une maison médicale. A toujours travaillé en groupe.

## 2. Entretien Dr A

### 2.1. Objectif principal

#### Avantages

Pour le Dr A, « les avantages sont multiples ».

Il trouve de nombreux avantages humains au fait d'être en groupe :

- *« j'apprécie de dire bonjour à nos secrétaires et à mes confrères avant de débiter toute activité professionnelle »*
- *« en cas de difficultés, qu'elles soient d'ordre professionnel ou d'ordre personnel, je peux compter sur l'assistance de mes confrères, qui sont devenus plus que des associés ou des confrères mais presque des frères »*

Etre en groupe « permet une meilleure qualité de vie, dans la mesure où chacun des praticiens peut moduler son activité, tout en étant convaincu qu'en son absence, ses patients seront pris en charge par l'un de ses associés ».

Il ajoute, « être en groupe, c'est une chance » :

- *« chacun des praticiens peut moduler son activité »*
- *« en son absence, ses patients seront pris en charge par l'un de ses associés »*
- *« une liberté dans sa pratique, de pouvoir s'absenter plus facilement notamment »*
- *« je prends plus de trois mois de vacances par an »*

En ce qui concerne la richesse dans l'exercice professionnel, le Dr A trouve également un avantage à l'exercice à plusieurs :

- *« l'exercice professionnel est beaucoup plus riche »*
- *« travailler en groupe permet d'évoluer dans sa pratique plutôt que de rester tout seul, avec ses certitudes universitaires du premier jour »*
- *« Le cabinet de groupe, c'est aussi un progrès scientifique de tous les jours. »*

Cette richesse professionnelle est liée à de nombreux échanges avec ses confrères. Sous la forme de « formations communes », « de groupes de pairs », « d'associations comme la tontine ».

Etre en groupe permet d'avoir un « secrétariat » qui « nous libère de nombreuses tâches et cela nous permet de bien nous centrer sur notre métier, notre métier premier de soignant ».

Le Dr A a une activité en dehors de sa structure, « J'exerce un jour par semaine au sein des urgences de notre hôpital de référence », il réalise également des « cours d'échographie ».

Il est également maître de stage et dit : « ça aurait été plus difficile si j'avais exercé de façon isolée ».

Pour lui, le fait de recevoir des internes dans une structure de groupe est une chance pour ceux-ci ainsi que pour les médecins. Cela permet *« d'accorder plus d'attention aux internes et d'être plus à l'écoute de leurs difficultés, quelle qu'en soit l'origine et de pouvoir répondre à leurs attentes plus facilement du fait d'un contact plus direct avec l'autre maître de stage »*.

Pour la gestion des urgences, le Dr A est plus modéré. Pour lui, le fait d'être en groupe est un avantage pour les patients car cela implique *« qu'il y ait toujours un médecin sur le site d'activité »*, *« quasiment 24 heures sur 24 »*. Mais le fait d'être en groupe amène également une augmentation du *« nombre d'urgences que nous avons à traiter. »*

Les avantages pour les patients sont nombreux pour le Dr A. En effet, selon lui il y a *« une présence quasiment 24 heures sur 24 »*. Ils peuvent aussi bénéficier *« d'un autre avis que le mien »*.

### **Inconvénients**

Pour le Dr A, il n'y a aucun doute, *« Le fait d'exercer en groupe augmente les charges de façon considérable »*.

Cette augmentation des charges s'explique par le partage des frais :

- *« le partage dans l'absolu d'un équipement en commun »*
- *« une augmentation des investissements individuels, heu, du fait de l'effort collectif »*

Entre également en compte et pour une part importante le secrétariat, *« être en groupe permet de rémunérer un secrétariat qui fonctionne de façon cohérente et correcte... le plus onéreux n'est pas le matériel mais l'investissement en charge des salaires »*.

En revanche, si pour le Dr A les charges sont plus importantes, il trouve un certain équilibre, *« Le fait d'être en groupe augmente nos charges financières, mais augmente nos revenus du fait que nous sommes plus disponibles pour nos patientèles. »*

Le Dr A dit : *« une absence non programmée heu oui me pose un problème dans la mesure où cela constitue une surcharge de travail »*.

Pour lui, *« le problème fondamental de l'exercice en groupe, il est d'ordre humain »* :

- *« les associés peuvent traverser des difficultés, d'ordre familial, et ces difficultés peuvent retentir sur le reste du groupe »*
- *« il arrive parfois que les différents membres du groupe ne parlent pas le même langage. C'est ainsi. »*
- *« Il est parfois très facile de communiquer avec certaines personnes et parfois impossible de communiquer avec d'autres »*

Selon lui, il existe un inconvénient pour les patients et il concerne le partage de dossiers, « *il est clair que certains patients ne souhaitent pas que certaines informations les concernant soient connues de tous les médecins* ».

## **2.2. Objectif secondaire**

Le départ d'un confrère n'est pas vécu comme effrayant par le Dr A, en revanche, « *il faut simplement s'y préparer, cela suppose effectivement un investissement en temps qui n'est pas négligeable* ».

Le Dr A, pense que, pour lutter contre les inconvénients qu'il a cités, il faut communiquer :

- « *Je veux dire que beaucoup de choses dans l'exercice en groupe peuvent sembler avoir été dites alors qu'elles ne le sont pas* »
- « *il est évident qu'il faut que les associés se réunissent. Ce qui...au sein d'assemblées générales, ce qui malheureusement n'est pas le cas* »

Pour assurer la pérennité de la structure, le Dr A semble avoir trouvé la solution : « *notre vivier, au jour d'aujourd'hui, ce sont les internes* ».

Il estime la structure dans laquelle il travaille « *fragile* », et pour améliorer leur manière de travailler, il faudrait que « *le nombre de médecins qui exercent dans la maison de santé augmente, afin de pouvoir avoir une qualité de vie satisfaisante* ».

Le Dr A, « *aspire à des journées plus courtes* ».

## **3. Entretien Dr B**

### **3.1. Objectif principal**

#### **Avantages**

Le groupe apporte au Dr B la réassurance :

- « *Je voulais une bonne structure, autour de moi* »
- « *la peur d'être seule* »
- « *là, tu as toujours un collègue sur place... que tu peux appeler quand tu as un petit coup de stress ou un vrai coup de stress* »
- « *C'est un soulagement...d'être en groupe, c'est vrai c'est un soulagement...* »
- « *même si c'est moi qui gère, j'aurais leur avis, ça déstresse déjà* »

L'apport d'un secrétariat efficace est un avantage cité de nombreuses fois par le Dr B. Cela a même joué un rôle dans sa décision d'installation.

*« les secrétaires, qui ont fait pour beaucoup dans mon installation aussi. Parce que, tous les petits problèmes de paperasse que, qu'elles gèrent et que je savais pas gérer moi... »*

On dénote même un aspect affectif à leurs relations.

*« on a des secrétaires géniales. Elles sont super dispos, attentionnées, elles nous connaissent tous par cœur, avec nos petites manières, nos petits défauts, les trucs à respecter... »*

Le Dr B a des activités en dehors du cabinet, elle est «médecin de crèche », et va « à l'hôpital local aussi ».

Les absences se font de façon sereine. Elle dit : *« tu pars toujours plus tranquille quand tu sais que tes collègues sont là »*.

Les échanges humains et professionnels sont également importants pour elle :

- *« on s'entend bien »*
- *« je vais pouvoir m'intéresser à des trucs que je fais pas moi parce qu'un collègue va le faire et que si ça m'intéresse et ben je vais le voir »*
- *« Des fois, quand il tape à ma porte, je suis en train de réfléchir à un truc qui m'a embêté, et on en profite pour discuter »*
- *« j'essaie de garder 2 à 3 réunions par semestre pour vraiment des échanges cliniques »*
- *« Et puis voilà, de temps en temps, on essaie de se réunir, de faire des formations »*

Il existe aussi des échanges interprofessionnels. Le Dr B dit en parlant des masseurs kinésithérapeutes : *« ça m'arrive de descendre quand j'ai une question, quand je veux parler d'un patient »*.

Un des avantages pour les patients est la disponibilité des médecins :

- *« on essaye qu'il y ait toujours quelqu'un de disponible le plus rapidement possible. Au moins dans les 48 heures »*
- *« je pense que c'est énorme le bénéfice que ça leur apporte. Parce que sinon, vraiment, ils auraient trois semaines de délais pour la moindre urgence »*

On retrouve également, d'après elle, la possibilité d'avoir un deuxième avis et *« c'est très bien d'avoir un regard différent »*.

La structure apporte au Dr B un certain confort et également la possibilité d'avoir un matériel qu'elle n'aurait pas pu acquérir seule.

*« jamais tu peux t'acheter un matériel pareil. Et y a plein de trucs que je fais et que j'avais jamais vus ailleurs »*

## Inconvénients

Les charges sont un poids pour le Dr B. Elle confie : *« c'est lourd, je veux dire, la structure est lourde. Parce que ça coûte cher »*.

Pour autant, en parlant du confort d'exercice, elle dit : *« Oui ça peut justifier une dépense plus importante »* et *« toute seule, je sais pas si j'aurais pu prendre une secrétaire, un comptable... Alors que là, je me suis juste ralliée à ceux du cabinet et c'est juste énorme ! »*, *« il faut savoir payer pour son confort »*.

Un autre inconvénient pour le Dr B, est celui de se plier au mode de fonctionnement des autres médecins. En effet, celle-ci est arrivée récemment et ressent certaines contraintes.

Même si, comme elle le dit elle-même, *« C'est un inconvénient du groupe mais qui ne vient pas du groupe »*.

Elle ressent ce poids lié au groupe :

- *« au départ, je voulais bosser le samedi matin, mais ça arrangeait pas, c'était compliqué donc non »*
- *« j'ai calé mes horaires en fonction des autres »*
- *« je n'avais pas de contrainte, au départ, donc c'est vrai que ça me semblait logique de faire en fonction de celles des autres »*
- *« C'est vrai que là en plus je culpabilise par rapport à mes confrères, c'est clair ! »*

Sans parler de conflit, le Dr B concède : *« des fois on se gonfle un peu »*.

Pour les vacances, le Dr B ne pense pas qu'être en groupe est un avantage.

*« Parce que on va être nombreux à vouloir les prendre dans la même période et on n'a pas beaucoup de remplaçants »*

Le regard des confrères peut lui poser problème parfois.

*« beaucoup moins maintenant. Mais oui, de temps en temps »* *« quand je vois un patient de confrère tu vois...ou quand tu sais qu'un de tes patients va être vu par un confrère, sur le coup tu te dis... »*

D'après le Dr B, les patients se plaignent :

- *« Ils ont l'impression, et ils le disent parfois, d'être dans un dispensaire »*
- *« il y en a beaucoup qui le vivent assez mal »*
- *« Des fois le médecin traitant, il le voit plus du tout. Moi, j'ai des patients, je les vois une fois sur cinq quand ils viennent, tu vois ? Et c'est vrai que parfois c'est frustrant, même pour nous »*

Le départ d'un confrère peut être source d'angoisse.

*« on sait qu'il va falloir gérer ses patients... »*



« On sait que s'il trouve pas, on va devoir récupérer tout plein de patients, et que ça va être compliqué »

Un autre inconvénient pour le Dr B est que le fait d'être dans une grosse structure attire « plus d'urgences ».

### 3.2. Objectif secondaire

Le premier élément que le Dr B souhaiterait changer est : « apprendre à dire non ! ». Arrivée récemment dans la structure, le Dr B semble avoir quelques difficultés pour s'imposer.

Le Dr B aimerait « travailler beaucoup moins » pour être plus chez elle « pendant les 5 ou 6 prochaines années »

Elle souhaite s'occuper de ses enfants, d'autant plus qu'elle n'habite pas à côté de la maison de santé dans laquelle elle travaille et perd donc beaucoup de temps en voiture.

La communication résout, selon elle, de nombreux problèmes :

- « on en a discuté et on s'est toujours arrangé à l'unanimité donc... Pour essayer de fonctionner ensemble, je pense que c'est vraiment important »
- « Ben on a les réunions où on échange, et où surtout on écoute les secrétaires, car c'est elles qui se rendent compte des problèmes car c'est à elles que se plaignent les patients. Elles sont un intermédiaire entre les patients et nous »
- « on essaye de se réunir, de faire des formations »

## 4. Entretien Dr C

### 4.1. Objectif principal

#### Avantages

Pour le Dr C, le travail en groupe permet « de mieux gérer ses horaires ». Cela permet aussi de se libérer du temps : « on prend un jour par semaine chacun ».

L'avantage humain se manifeste sous la forme d'une réassurance et d'échanges au quotidien :

- « le fait de pouvoir échanger avec les collègues et de pas se sentir seul »
- « On a le sacré sain café autour duquel on parle de tout »
- « des collègues qui sont très sympas et ouverts ».

On peut penser que les échanges avec ses collègues ne sont pas uniquement professionnels. « Ben moi je vais avoir une petite fille en Avril, lui, a un petit garçon, et (il cite sa collègue) a une petite fille aussi. Donc c'est vrai que c'est sympa. »

Le Dr C exerce une activité « dans une EHPAD » et dans « un CAT ».

Il n'a « jamais eu de soucis pour prendre des vacances ».

Un avantage, selon le Dr C, pour les patients est qu'ils ont la possibilité de choisir leur médecin traitant.

« Ils peuvent choisir un médecin traitant car ils ont eu un bon feeling sur une consult, mais c'est pas lié sur la longueur, donc s'ils veulent ils peuvent changer »

Et, comme il le signale, « ça marche dans les deux sens ».

Le Dr C ne voit pas d'objection à l'absence de ses confrères et est prêt à adapter sa façon de travailler. « si ça arrive, on essaye d'absorber. Pour te donner une idée, nous les jeunes, on consulte toutes les 20 minutes, mais s'il le faut, on passe à 15 ».

### **Inconvénients**

Travailler en groupe ne diminue pas les charges. Il ajoute même :

« Nan nan ça diminue pas. Et en plus le fait de faire des maisons de santé ça les augmente encore plus », « être en groupe, ça les augmente parce que tu as le secrétariat et que pour la structure il faut plus de matériel ».

Pour le Dr C, les patients peuvent être perturbés par une modification de leurs habitudes.

« Ceux qui sont restés sur le médecin isolé qui travaille de 6 heures du matin à 23 heures le soir, forcément, ceux-là ne sont pas contents ».

Trouver un successeur lors du départ en retraite d'un confrère peut devenir très difficile, « Ben c'est sûr que le rural c'est moins attirant pour les jeunes médecins généralistes que la ville. Et en plus si la sécu continue à nous augmenter les tâches administratives, et par-dessus cette histoire de médecins correspondant SAMU, c'est sûr que ça va finir par être mission impossible. Ça oui, c'est ça qui fait un peu l'appréhension ».

La gestion des urgences peut ne pas être simple. Il pense que « sortir faire une heure de route pour une urgence alors que ta salle d'attente est pleine, c'est un problème. Et quand on est en groupe, il en faut un. ».

## 4.2. Objectif secondaire

La communication est selon le Dr C le moyen d'éviter le conflit :

- « *Je pense que s'il arrive un problème, on pourra en parler avant que ça n'arrive au conflit.* »
- « *y a des réunions à peu près deux fois par an* »

Le Dr C et ses associés ont un projet, « *On veut faire une maison de santé pluridisciplinaire, donc médecins, infirmières, et les dentistes qui auront toujours le même rôle, et kiné éventuellement* ». Une solution pour améliorer l'exercice en groupe selon le Dr C serait également « *augmenter le C...* ».

## 5. Entretien Dr D

### 5.1. Objectif principal

#### Avantages

Le fait d'être en groupe permet, selon lui, de mieux gérer son temps :

- « *Le fait de pouvoir choisir son temps de travail* »
- « *Ça fait deux jours dans la semaine où je suis pas présent. Le fait de savoir qu'il y a mes confrères au cabinet, je sais que si un de mes patients présente une urgence, quelque chose, ils pourront être pris en charge* »
- Le Dr D travaille deux jours par semaine aux urgences, ce qui correspond à « *ses loisirs professionnels* »
- il est en « *formation pour l'échographie* ».

Le Dr D affirme : « *Si on était resté dans notre maison médicale, il n'y aurait plus de médecin* », « *ce serait une catastrophe démographique* »

Le Dr D et ses confrères ont de nombreux échanges humains et professionnels :

- « *Si on a un problème, on demande à l'autre* »
- « *les groupes de pairs* »
- « *Sinon on échange quand même avec les confrères, peut-être pas autant qu'on le souhaiterait. En fait surtout avec les jeunes* »

Il existe différents échanges même s'ils se font « *de façon informelle* ». Les échanges sont professionnels ou interprofessionnels, car « *le fait d'être dans la même structure permet d'échanger* ».

Les secrétaires travaillant dans la MSP du Dr D le soulagent de beaucoup de tâches, « *les tiers payants, la prise de rendez-vous, le tri au téléphone, l'accueil des patients quand ils arrivent, les urgences, tout ça, c'est quand même quelque chose d'important* ».

Pour le Dr D, être en groupe permettrait également d'accueillir quelqu'un qui souhaiterait travailler différemment.

« *on peut tout à fait imaginer quelqu'un dans la maison de santé qui puisse travailler à mi-temps et payer la moitié des charges et un autre qui complète* ».

D'après lui, « *Un autre avantage dans le fait d'être en groupe, c'est que ça permet l'accueil des internes. C'est beaucoup plus facile* ».

Cela lui permet également « *de trouver beaucoup plus facilement un remplaçant ou un successeur* », « *on voit arriver des jeunes et ces jeunes arrivent parce que, surtout en Ardèche méridionale, il y a des cabinets de groupe, pas forcément des MSP, mais des cabinets de groupe* ».

Il pense que pour les patients, avoir des médecins installés en groupe, « *C'est un gros avantage, déjà il y a une présence médicale plus importante* », donc « *une meilleure permanence des soins* ». De plus, « *ils ont un panel de médecins avec des caractères différents* ».

D'après lui, on retrouve aussi un effort particulier fait pour les patients de la structure, « *Il y a les patients de la maison de santé, et les autres. Pour ceux de la maison de santé, même si c'est plein, elles vont s'arranger pour trouver un créneau, pour les autres moins* ».

Un autre avantage pour eux, est la possibilité d'avoir « *un œil nouveau* ».

La gestion des urgences semble plus simple en groupe. L'été, le Dr D estime être « *en situation presque je dirais de médecine de catastrophe...On arrive à gérer, ça marche bien* », « *et les gens, les patients sont plutôt satisfaits, tout au moins parce qu'on les reçoit plus rapidement qu'aux urgences* ».

### **Inconvénients**

Etre en groupe amène une certaine contrainte, « *ça t'oblige à avoir une certaine façon de voir les choses, de travailler, pour s'intégrer* », « *Ca empêche les choses trop individuelles de s'exprimer* ».

Les échanges humains peuvent être compliqués, « *Entre celui qui est rond, celui qui est carré ou triangulaire, ...et parfois ben le carré il rentre pas dans le rond* ».

La gestion des urgences peut poser problème, « *Quand on se dispute pas pour savoir qui c'est qui la prend* », « *On ne se dispute pas, mais chaque fois, on s'arrange pour refiler le bébé à l'autre* ».

En parlant des charges, le Dr D dit :

- *« Je pense plutôt, pour l'avoir expérimenté et pour avoir vu les autres structures autour, ça les augmente plutôt. »*
- *« je pense que les charges sont plus importantes dans un exercice en groupe par rapport à un exercice solitaire »*

Mais pour le Dr D, cette augmentation des charges a une contrepartie positive :

- *« C'est un confort pour l'exercice »*
- *« c'est un peu plus cher mais c'est un confort beaucoup plus important »*
- *« l'activité avec la maison de santé, est plus importante, donc je pense que ça s'équilibre »*
- *Etre en groupe a permis l'acquisition de matériel, « Heu, je pense à l'échographie, qui a quand même un certain coût, mais le fait de le partager à 2,3, ou 4, fait diminuer les prix. Donc... L'appareil de spiromètre, même chose »*

Le problème de ces charges importantes concerne principalement les jeunes, *« ça peut les effrayer au départ »*.

Travailler en groupe dans une *« structure qui est récente »*, qui, reste *« fragile »* présente l'inconvénient du départ d'un confrère.

*« Ça fait une surcharge de travail et aussi une augmentation énorme des charges individuelles »*

Il ajoute : *« mais je pense que c'est un inconvénient qui diminue avec le nombre de médecins »*.

## **5.2. Objectif secondaire**

Afin de mieux travailler ensemble, il faut, pour le Dr D, trouver le bon équilibre :

- *« on a pas encore réussi à trouver l'équilibre avec le nombre de médecins qui devraient être à la maison de santé, pour pouvoir travailler un peu plus différemment, pour travailler un peu moins dans l'urgence »*
- *« si on était le bon nombre de médecins dans la maison de santé, c'est sûr que ce serait beaucoup plus simple »*
- *« Il y a un seuil critique, il faut savoir combien de professionnels on doit être pour équilibrer au mieux les charges. Le fait de...Par exemple, dans la maison de santé, il faudrait qu'on soit 6 pour avoir des charges qui soient moins importantes. »*

Le Dr D aimerait développer l'aspect *« éducation thérapeutique pour les patients diabétiques ou pour les AVK par les IDE »*, *« c'est un projet »*.

Il pense qu'il serait bien pour la structure de *« se réunir avec les autres professionnels de santé »*.

Pour limiter les conflits, pour lui, *« il suffit de parler, d'aplanir »*.

Pour assurer la pérennité, il faut, selon lui, montrer qu'il s'agit « *d'une structure attrayante, en montrant que ça fonctionne bien, que c'est carré* ».

## 6. Entretien Dr E

### 6.1. Objectif principal

#### Avantages

Le Dr E affirme qu' « *Il n'y a que des avantages* ».

Pour lui, il existe de nombreux avantages en ce qui concerne la gestion du temps de travail :

- « *tu peux mieux t'arranger....tu peux mieux répartir le travail* »
- « *quand tu pars en visite...t'as pas l'impression d'abandonner le cabinet* »
- « *T'as moins de soucis pour prendre des vacances* »
- « *le temps de travail il est pas moins important, mais il est plus cool, parce qu'il y a toujours quelqu'un en deuxième ligne* »

Le Dr E exerce « *dans la maison de retraite du village d'à côté* » et « *au foyer de vie* ».

Les échanges professionnels sont également un avantage cité par le Dr E :

- « *Tu peux partager les expériences, tu peux demander des conseils* »
- « *il y a les groupes de pairs* »
- « *Il arrive que j'appelle une des filles pour voir ce qu'elle pense de tel ou tel cas* »

Les échanges ne sont pas uniquement professionnels, « *A chaque fois qu'on se voit, on discute, pas forcément de médecine* ».

La gestion des urgences est facilitée par l'exercice en groupe.

« *si on doit passer un long moment en dehors du cabinet, c'est vrai que être à plusieurs, c'est quand même un avantage. Pour une urgence loin avec les pompiers, quelque chose de long à gérer, c'est bien qu'il y ait un ou deux autres médecins au cabinet* ».

Pour lui, le fait d'être en groupe permet de diminuer les charges parce qu'il existe un « *partage des frais* ».

A la question « *est-ce que tu penses qu'être seul augmenterait tes charges ?* », sa réponse est claire : « *c'est évident. J'aurais quand même besoin d'une secrétaire et d'une femme de ménage donc oui, forcément* ».

On retrouve des patients qui bénéficient d'une « *meilleure permanence des soins* », « *ils sont sûrs de voir un médecin* » et qui peuvent « *croiser les avis des médecins* ». Il ajoute : « *C'est bien parfois pour eux de changer* ».

## **Inconvénients**

Un inconvénient pourrait être de « *tomber sur un des médecins qui est pas cool* », « *parce qu'il y a des chicaneurs, des paranos, des mégalos, des parano-mégalo* ».

Le partage des patients pourrait dans certains cas poser problème, « *un médecin qui pense être le meilleur peut ne pas comprendre que les patients aillent voir ailleurs* ».

Sans qu'il l'ait clairement énoncé, on peut deviner que le Dr E regrette son ancien associé. « *Ben c'est différent. Il joue avec un stylo. Elles sont plus jeunes, c'est des filles, on est plus... C'est plus la même...synergie.* »

La charge de travail est telle que « *l'absence d'un des médecins force les autres à plus travailler. Donc oui, ça pose problème* ».

Le départ d'un confrère peut être une angoisse, « *tu te demandes s'il va trouver un successeur* ».

## **6.2. Objectif secondaire**

D'après lui, il faut « *se réunir* », et prendre « *les décisions en groupe* ».

Le Dr E pense qu'afin de limiter les conflits, « *il faut bien choisir ses confrères* », et « *il faut choisir des confrères qui ont une vision de la médecine à peu près similaire* ».

Le départ d'un confrère, « *c'est une décision qui se réfléchit et qui s'anticipe* ». Il ajoute : « *je crois qu'il faut surtout être préventif* ».

Pour assurer la pérennité de sa structure le Dr E accueille des internes :

- « *Le médecin qui prend des internes, il trouve...Il trouve des remplaçants et des successeurs* »
- « *je pense qu'avoir des internes, c'est plein d'avantages* »
- « *dans le sud, il y a plein de maisons de santé, ils n'ont pas de problème de succession* »

Pour améliorer sa pratique, le Dr E souhaiterait « *avoir un cabinet plus grand, pour pouvoir être quatre en permanence* ».

Le Dr E est propriétaire, « *La différence est que moi je paye un loyer qui m'est remboursé...quand je serai à la retraite, ça me fera un revenu complémentaire. C'est un investissement* ».

Il souhaite « *avoir des horaires plus cool* ».

## 7. Entretien Dr F

### 7.1. Objectif principal

#### Avantages

Spontanément, le Dr F nous cite : « *Ben sur la qualité de travail, sur la tranquillité, sur les horaires...Et déjà, le fait d'avoir des confrères, ça a permis de s'aménager des temps de repos* ».

Il a pu aménager son temps de travail, et s'octroyer des temps de vacances.

« *Petit à petit, on a pris une demi-journée sans travail pour arriver progressivement à une journée sans travail* »

« *à cinq, quand on veut partir en vacances, on a quand même moins la pression pour trouver un remplaçant* »

Les échanges humains semblent être un avantage pour le Dr F :

- « *on a un ensemble plutôt sympathique* »
- « *en plus on a des bons rapports* »
- « *on a tous à peu près le même âge, et on s'entend tous bien* »
- « *et on pense tous la même chose, donc il n'y a pas de conflit* »
- « *je souhaite à tous ceux qui s'associent d'avoir ces rapports-là* »

Les échanges professionnels se font de façon informelle, « *autour du café, ou bien à l'hôpital au moment de la visite* ».

Le Dr F a des activités annexes, « *A l'hôpital local* » et en tant que « *médecin-pompier* ». Il est également maître de stage, mais selon lui, ce n'est pas lié à l'exercice en groupe.

En revanche, cela lui permet de se donner « *du temps pour les formations* ».

L'avantage financier est pour lui « *ambiguë* », « *parce que tu dois pouvoir partager, mais attention parce que le fait d'être nombreux, tu augmentes aussi le coût* ».

Il ne loue pas les locaux.

« *je pense au départ, ça nous a coûté plus cher, mais dès que ce sera rentabilisé, j'entends surtout le prêt, je pense que les charges seront diminuées* »

Les locaux comprennent une « *salle de pansements* », « *c'est confort c'est moderne* ».

Le Dr F paraît bien libérer de la lourdeur des tâches administratives :

- « *J'en fais aucune, ça c'est clair. C'est tout les secrétaires qui font ça* »
- « *Oui, et puis ça, c'est très bien. Comme je déteste tout ce qui est paperasse* »
- « *Elles font la comptabilité, les papiers, elles font tout* »
- « *c'est inestimable. Après, ça se paye. Mais c'est inestimable le travail qu'elles fournissent* »



## **Inconvénients**

La première réponse du Dr F en ce qui concerne les inconvénients, a été : *« ça va être difficile pour trouver des inconvénients sur la structure car on s'entend bien ».*

Dans la structure du Dr F, cela leur arrive *« de gueuler l'un contre l'autre, mais c'est amical ».* Lorsque l'on se met à travailler en groupe, il peut y avoir *« un transfert de patients ».* Lorsqu'un médecin est absent, ses confrères sont amenés à voir ses patients.  
*«Ce qui peut poser un problème, c'est si le patient d'un confrère finit par plus me voir que son médecin à lui »*

Dans le discours du Dr F, on devine que les patients n'ont pas toujours été satisfaits de ce passage de l'exercice individuel à l'exercice en groupe.

*« Le vieil Ardéchois, il n'aime pas voir quelqu'un d'autre, il n'aime pas le changement » « je pense que ça a grincé un peu des dents »*

Mais selon lui, *« ils n'avaient pas le choix »* et *« c'est un avantage pour eux quand même ».*

Si l'on est peu nombreux dans une structure, le départ d'un confrère peut être *« compliqué »*, *« Le jour, où il y en a un qui part, c'est sûr que ça change tout ».*

## **7.2. Objectif secondaire**

Le Dr F aimerait *« lever le pied ».*

*« l'objectif, c'est d'arriver à travailler que trois jours dans la semaine, voir même que deux jours... pour faire autre choses. Je sais pas moi, des ballades »*

Selon lui, les décisions doivent se prendre en groupe.

*« On est 5 associés, donc c'est normal que les décisions se prennent à 5. J'ai envie de te dire, c'est bête et méchant »*

Financièrement, *« Il faut trouver l'équilibre ».*

*« en passant de 3 à 5, est ce qu'on a diminué les charges ?, j'en suis pas persuadé »*

Pour le Dr F, l'achat des locaux est un bon moyen de diminuer les charges.

*« ça dépend de si t'es propriétaire ou de si tu loues » « dès que ce sera rentabilisé, j'entends surtout le prêt, je pense que les charges sont diminuées ».* D'après lui, *« louer, il faut être fou ».*

## 8. Entretien Dr G

### 8.1. Objectif principal

#### Avantages

Etre entouré de ses confrères lui apporte une sécurité.

*« C'est rassurant de savoir que t'as des personnes autour de toi qui peuvent t'aider »*

Le Dr G est satisfait de son ambiance de travail :

- *« d'un point de vue humain... Tout dépend des personnalités, mais pour un jeune comme moi, c'est plus qu'agréable d'être entouré de collègues »*
- *« Ok on est là pour travailler mais on fait un boulot qui est quand même humain, autant travailler dans une bonne ambiance »*

Les échanges sont un avantage pour lui :

- *Il y a « un groupe de pairs qui se met en place »*
- *« être en groupe, ça crée l'émulation »*
- *« le fait d'être à plusieurs des fois, on se motive plus facilement, on se dégage du temps, de l'envie, et puis quand il y a plusieurs personnes sur un projet, c'est plus facile »*

Etre dans une MSP facilite les échanges interprofessionnels.

*« quand on a besoin d'aller voir le collègue kiné... ben on peut »*

Selon lui, être en groupe représente un « énorme avantage », car « on peut moduler beaucoup plus facilement heu son mode de travail ».

Il explique :

- *« C'est-à-dire que si j'ai envie de voir moins de vingt patients dans une journée et ben je m'arrange pour le faire. Et puis par contre, j'essaie de voir si pour mes collègues, ça ne se répercute pas sur leur journée à eux »*
- *« C'est vrai qu'on peut se dégager du temps facilement »*
- *« Certaines après-midi, si t'as envie... Ben je sais pas moi, de te former, d'aller rencontrer d'autres professionnel pour te former, ou si t'as envie de faire autre chose, je sais pas, d'aller en PMI, ben tu peux, tu peux »*

Etre en groupe fait que le Dr G a « plus de temps finalement à consacrer, par exemple, à l'hôpital local. ».

Il explique comment, pour lui, les absences se font sans stress : *« si je m'absente une journée, si j'ai décidé voilà si je suis fatigué ou si j'ai envie voilà de prendre une journée pour faire autre chose, je peux m'absenter en me disant que je n'abandonne pas tout le monde et que c'est pas une énorme charge de travail pour un collègue si je travaillais juste avec un collègue ».*

*« le jour où je suis pas là, je peux prévenir certains patients, en leur disant ben « je sais que je vous avais dit qu'il fallait vous réévaluer par exemple tel jour, je suis pas là, mais vous inquiétez pas, j'ai tout mis dans votre dossier, un de mes collègues pourra vous recevoir sans problème » »*

De même, être en groupe permet de prendre plus facilement des vacances.

*« Si je pars en congés, ben on essaye de trouver un remplaçant, mais si c'est pas le cas, ben quand même on peut s'appuyer sur nos collègues au cas où »*

Pour le Dr G, *« Quand on est en groupe, on peut partager les frais, et donc on peut plus facilement avoir un secrétariat qui marche bien, et peut être même plusieurs postes, ce qui est le cas là pour nous aujourd'hui. Donc d'un point de vue administratif, nous ça nous délègue de beaucoup de tâches ».*

L'administratif est donc *« une contrainte beaucoup plus faible lorsqu'on est en groupe ».*

En ce qui concerne l'aspect financier, il affirme : *« c'est un avantage certain lorsqu'on se met à peu près tous d'accord. Si on a à peu près les mêmes envies, alors forcément, les dépenses vont être à peu près les mêmes pour tous les médecins et si on groupe tout, c'est sûr que c'est plus intéressant pour chaque personne. En termes par exemple de location, de secrétariat, de consommables, d'équipement... »,* mais *« ça peut être vite un désavantage lorsqu'on n'a pas la même vision du travail ».*

Selon lui, *« C'est un peu plus cher mais quelque part, on peut avoir une patientèle plus grande, développer d'autres activités donc quelque part c'est mieux ».*

La gestion de l'urgence, *« elle est difficile mais amoindrie quand le schéma fonctionne bien ».*

*« on a une structure qui s'y prête » « est-ce que c'est un inconvénient l'urgence pour l'exercice en groupe, je pense pas. Au contraire, on peut voir plus d'urgences plus facilement »*

### **Inconvénients**

Il peut exister un manque de liberté :

- *« Alors forcément lorsque t'es pas tout seul, tu te dois de rendre un peu des comptes »*
- *« c'est une certaine forme de contrainte déjà de faire un peu en fonction des autres »*
- *« ça peut être un inconvénient de bosser avec d'autres personnes parce que ben parce qu'il faut faire des concessions »*
- *« Peut-être que moi j'aurais envie de faire différemment au niveau de la structure, mais t'as pas forcément envie de froisser ton collègue qui fonctionne différemment »*

En ce qui concerne les interactions, il pense que *« L'humain est complexe, les médecins aussi ont leurs égos, leurs personnalités assez fortes ».*

*« ça peut être un inconvénient de travailler avec d'autres personnes, parce que effectivement, on n'est pas tous d'accords sur la manière de fonctionner »*

*« Alors on n'arrive pas tous à se mettre d'accord. Ça peut être source d'incompréhension, pas de conflit, mais d'incompréhension. »*

Le regard des confrères peut parfois être une contrainte pour le Dr G.

*« tu peux être jugé sur ton travail, ça peut être parfois un peu blessant quand on te dit que tu fais mal... » »*

En parlant des patients, il dit :

- *« ça peut être décousu, parce qu'on est beaucoup dans une même structure et que vu que finalement les plannings sont très chargés, ben il arrive que les patients naviguent entre plusieurs médecins »*
- *« Au départ je pense qu'ils l'ont vécu comme un abandon »*

Mais il concède : *« en fait ce n'est jamais un inconvénient dans la mesure où le dossier est bien tenu »*.

Il est conscient que le départ d'un confrère peut poser problème.

*« il est clair que si tu travailles en groupe avec quelqu'un qui peut te faire faux bon à n'importe quel moment, ça devient vite un enfer je pense »*

En revanche, comme nous le verrons par la suite, ce problème peut être atténué.

## **8.2. Objectif secondaire**

Savoir avec qui l'on s'installe est important pour le Dr G :

- *« j'avais fait des remplacements dans cette structure depuis environ deux ans. Donc je connaissais les personnes, les structures à côté, les pseudos réseaux qui existaient déjà sur place »*
- *« D'où l'intérêt quand même de bien choisir les gens avec lesquels tu travailles au départ »*
- *« c'est très important d'avoir à peu près d'avoir la même vision du boulot. Pour que ça marche, il faut que personne se sente lésé »*

En parlant des contrats, le Dr G explique :

- *« il faut les lire, il faut demander, pas hésiter à poser des questions à ses collègues, quand on s'entend bien. Ça peut vite devenir un inconvénient si on sait pas ce qu'on signe. »*
- *« quand on sait à quoi on s'engage, quand on sait à quoi les autres se sont engagés, et que c'est scellé par quelque chose de juridique, les inconvénients peuvent être minorés ».*
- *« ça s'anticipe, tout est écrit dans les statuts, combien de mois on a pour essayer de trouver quelqu'un d'autre, est ce qu'il doit présenter des successeurs...Nous, voilà, tout ça c'est écrit. »*

Ainsi, pour lui, le départ d'un confrère entraîne un stress modéré.

*« dans ma situation personnelle, c'est un inconvénient très faible parce que finalement si quelqu'un part et qu'il remplit les conditions de son départ ...Mouoff...Tu prends pas trop de risques quand même »*

Le Dr G aimerait qu'il y ait un « *pensé structure* » et souhaiterait développer la pluridisciplinarité.

*« C'est quelque chose qu'il faudrait mettre en place ».*

Pour améliorer certaines situations, il faut communiquer.

*« si t'en parles, si on se réunit assez souvent, si chacun y met un peu du sien, chacun peut finalement être entendu »*

Il faudrait, d'après lui, *« se réunir plus souvent, de manière pas formelle, mais voilà », « plus communiquer et que ce soit un peu plus formalisé », « avoir des réunions où on parle des patients ».*

La communication, *« C'est indispensable, pour qu'un exercice en groupe ait plus d'avantages que d'inconvénients ».*

Il conclut l'entretien en disant :

Il faut *« Donc communiquer communiquer communiquer ! ».*

## **9. Entretien Dr H**

### **9.1. Objectif principal**

#### **Avantages**

L'aspect rassurant du groupe est important pour le Dr H :

- *« je doute pas mal de moi. C'était quand même plus rassurant d'être avec d'autres »*
- *« ça me rassurait d'être avec d'autres médecins »*
- *« ce côté rassurant est quand même important »*

Les échanges professionnels et « *l'entraide* » constituent des avantages :

- *« quand on a un truc un peu compliqué ou qui nous pèse, on peut plus facilement l'aborder avec quelqu'un avec qui on travaille plutôt que d'appeler je sais pas qui je sais pas où »*
- *« quand je bloque, j'hésite pas personnellement, à demander »*
- *« c'est plus sur le moment, quand je vois un patient ou un dossier, que je vais en parler aux autres »*

Les échanges se font aussi dans « *les groupes de pairs* ».

On retrouve, dans les rapports avec ses associés, un aspect « *convivial* » et un « *un vrai soutien* ». Elle raconte : *« je me suis effondrée en larme dans les bras de... ».*

En ce qui concerne l'organisation du travail, elle constate que, « *C'est plus simple quand on est plusieurs, de gérer son temps de travail, parce que voilà, on peut toujours s'arranger* ».

Elle dit : « *Pour moi, c'était aussi un moyen de concilier ma vie de famille avec le boulot* ».

Etre en groupe lui permet de travailler une semaine sur deux.

Lors des départs en vacances, elle ne « *s'appuie pas sur le groupe... sauf si c'est vraiment un jour ou deux. Si c'est un jour ou deux, les autres assurent* ».

Le Dr H a une activité en dehors du cabinet, elle est « *médecin de crèche* », et va « *à la maison de retraite* ». Elle a fait une FMC dans l'année.

A la question « *est-ce que tu penses qu'être en groupe permet de diminuer les charges ?* », le Dr H répond : « *Pas trop* ».

Ils divisent « *les charges, l'électricité, les charges locatives...* » mais chacun « *à son petit matériel* ».

Elle ajoute: « *bien sûr, si on a besoin d'un truc, on se dépanne ...C'est un fonctionnement comme un autre, on se débrouille bien comme ça, ça me convient* ».

Pour les patients, « *ça peut permettre d'avoir plusieurs avis* ». De même, « *Voir quelqu'un qui les connaît moins, ça peut permettre de voir des choses qui n'avaient pas été remarquées* ».

### **Inconvénients**

Le Dr H, à l'arrivée dans la structure a trouvé une contrainte importante.

« *on m'a refourgué tout plein de tâches administratives ...c'était notre prédécesseur qui faisait beaucoup de choses...Du coup, je dois gérer les payes, de la secrétaire, des femmes de ménages...* »

On retrouve dans le discours du Dr H, les contraintes liées au groupe et aux obligations que cela engendre.

« *Tu n'oses pas trop dire non. C'est un peu délicat quand même* »

Au niveau humain, elle pense qu'« *il faut bien s'entendre avec ses collègues* », car « *Le jour où ça pète, ça pète vraiment* ». « *Il faut savoir mettre de l'eau dans son vin.* »

Le départ d'un confrère n'inquiète pas le Dr H.

« *je me dis que quand il y aura un départ, on n'aura peut-être pas trop de difficultés à trouver quelqu'un* »

Lors de l'absence d'un confrère, elle constate que le travail « *retombe sur les autres* ».

« *c'est déjà arrivé à ma collègue qui s'est retrouvée un mercredi toute seule toute seule. C'est un peu dur !* »

## 9.2. Objectif secondaire

La communication est importante pour elle.

*« on se réunit quand il faut, quand il y a des soucis. Donc il n'y a pas de problème. Là c'est vraiment du commun, donc c'est normal de gérer ça en commun »*

*« On pourrait faire des réunions, je sais pas, trimestrielles, mais pour l'instant, on n'a pas besoin. Quand il y a un problème, on en parle, mais c'est hyper rare »*

## 10. Entretien Dr I

### 10.1. Objectif principal

#### Avantages

En s'installant en groupe, pour le Dr I, *« Les avantages ont été multiples ».*

*« Le premier avantage, c'est que si je l'avais pas fait, je serais plus là ».*

De plus, *« ça permet d'être dans une structure plus du tout isolée »* et cela permet de faire *« de la recherche ».* Selon lui, *« le groupe attire vers le haut ».*

Les vacances ne semblent pas poser problème.

*« je prends 6 semaines de vacances, je trouve que 6 semaines, c'est pas si mal comparé à un certain nombre de gens »*

Le Dr I affirme avoir *« énormément »* d'échanges, et dans différents domaines.

*« Pas exclusivement avec les professionnels avec lesquels je travaille. J'ai beaucoup, beaucoup plus d'échanges avec un échelon beaucoup plus large »*

Au-delà des échanges humains, le Dr I voit plus loin :

- *« Si un collègue est malade, c'est un vrai souci, et c'est partagé. Les émotions sont partagées »*
- *« nos valeurs, c'est un : la convivialité, comment vivre ensemble ».* Comme exemple, il cite :  
*« il y a eu la galette des rois, il y avait quasiment tout le monde, c'était super sympa. »*
- *« Comme on le fait dans un bateau quand on traverse le pacifique, s'il y en a un qui est malade et qui vomit, les autres prennent le relais », « il y en a un qui s'est pété l'épaule, on s'est réparti ses charges jusqu'à ce qu'il soit remis d'aplomb »*

Etre en groupe et notamment en MSP a permis le développement de la pluridisciplinarité. Ils ont, dans la structure où il exerce, un *« dossier partagé, mais vraiment partagé ! C'est-à-dire que même les pharmaciens y ont accès ».* Pour lui, *« C'est ça la justification de la maison de santé pluridisciplinaire ».*

Il a pu développer cette pluridisciplinarité « *en partenariat avec la MSA et avec l'institut national de promotion de la santé* ». Ils organisent des sessions d'« *éducation thérapeutique sur ...les facteurs de risques neuro-cardio vasculaire* ».

Etre en groupe permet une meilleure gestion des urgences pour plusieurs raisons :

- « *chacun a des compétences propres qui peuvent être mises à profit* »
- « *on est vachement plus forts à plusieurs* »
- « *ça permet d'avoir du matériel beaucoup plus sophistiqué* »
- *cela permet d'avoir une négociation qui ne se situe pas au même niveau* »

Le Dr I a une activité en dehors du cabinet, mais cela n'est, selon lui, pas lié à l'exercice en groupe. En revanche, il peut « *utiliser l'ensemble de la structure* ».

Etre en groupe lui libère du temps pour effectuer des formations.

« *j'ai fait la formation correspondant SAMU* » « *j'ai des propositions de formation en managing que je pense accepter* »

En parlant des patients, il dit : «  *finalement, ils sont contents* », « *la population ne semble pas perturbée du tout* ».

### **Inconvénients**

Pour le Dr I, « *c'est jamais très facile de vivre ensemble. Il faut être très compliant* », « *C'est-à-dire qu'être convivial 5 minutes, c'est bien, c'est très sympa, mais tout le monde sait le faire. Etre convivial pendant des mois voire des années, ça c'est autre chose ! Et c'est plus compliqué.* ».

Quand on ne pense pas de la même façon, « *c'est ça la difficulté, c'est arriver à convaincre les collègues qu'on a tout intérêt à réfléchir* ».

Il pense que les tâches administratives augmentent, car « *pour augmenter la qualité, tu augmentes les tâches. Donc on peut pas dire que ça les diminue* ».

Les charges ne sont pas diminuées. Il ajoute : « *Bien sûr que non, ça les augmente !* », « *On le sait, tout a montré que ça les augmentait* », « *J'ai plus de dépenses, mais par contre, j'ai plus de recettes. J'ai d'autres rémunérations qui viennent se greffer* ».

Travailler en groupe comporte également sa part de risque, « *Si on s'engage dans des projets de groupe, le risque quand même qu'il y ait des interactions douloureuses, est quand même grand. C'est comme en amour...L'amour c'est bien, mais il peut y avoir des échecs, et des sacrés retours de bâton* », « *Donc l'inconvénient principal, c'est qu'il y a une prise de risque beaucoup plus importante. Incontestablement* ».



En parlant du départ potentiel d'un confrère, il dit : « *Après, c'est sûr que sur 5, si j'ai deux médecins qui partent, ça va pas être facile* », « *On peut se retrouver dans des situations économiquement douloureuses, et difficiles à gérer* ».

Pour « *les patients* », ce n'est pas simple, « *ils sont évidemment face, au même titre que nous d'ailleurs, à une restriction enfin face à l'obligation de se fondre à une organisation* », « *on sentait la frustration dans le changement* ».

## **10.2. Objectif secondaire**

Pour assurer la pérennité, d'après lui, « *Il faut que ce soit un groupe opérationnel, qui ait un vrai projet de santé. Il faut qu'il y ait un respect, il faut qu'il y ait un désir de convivialité, durable. S'il n'y a pas ça, ça ne marchera pas. Et il faut, voilà... Si possible un groupe pluridisciplinaire, parce qu'aujourd'hui, la vraie problématique est la maladie chronique* ».

L'échange est vital pour le Dr I, « *on a une réunion par mois, formalisée. Mais en fait on en a plus. On en a que avec les médecins et d'autres avec tout le monde* », « *Donc, il y a énormément de réunions, en plus des réunions réalisées à l'étage des médecins.* ».

Pour l'exercice en groupe et en MSP, il « *pense que les médecins généralistes, on tout intérêt à intégrer dans leur formation des cours de managing* ».

Afin d'améliorer sa pratique, le Dr I a de nombreuses idées :

- « *Pour optimiser, il faudrait un échographe* »
- « *il faudrait un défibrillateur* »
- « *Une secrétaire de coordination, ça pourrait me dégager moi du temps* »

## **11. Entretien Dr J**

### **11.1. Objectif principal**

#### **Avantages**

La convivialité est très présente dans la structure du Dr J.

« *Ben nous, on a que des avantages parce qu'on a l'avantage de bien s'entendre.* »

« *Ça roule, on se marre tout le temps ensemble. C'est... C'est voilà... C'est du bonheur* »

Le Dr J a de nombreuses activités annexes, il est « *médecin pompier, médecin correspondant SAMU* », et il fait « *de la régulation au centre 15* ».

Le Dr J, qui a déjà travaillé seul voit l'évolution dans sa pratique, « *J'ai travaillé à deux dans des conditions difficiles, mais là, travailler à cinq dans une maison médicale, c'est le jour et la nuit* », « *il y a un confort à plusieurs qui nous permet de durer* »

Le Dr J imagine la situation dans laquelle il serait resté seul et confie : « *Je pense pas que j'aurais tenu* ».

Un autre avantage pour lui est d'avoir pu « *mettre en commun un secrétariat efficace. Parce que tout seul, ou même à deux, ça peut quand même revenir relativement cher* ».

« *Les secrétaires couvrent la plage horaire complète, et elles s'occupent de tout ce qui est administratif. Elles gèrent le téléphone, les prises de rendez-vous, tout ça.... Ça me dégage un jour par semaine où je ne travaille pas, je veux dire pas du tout* »

Lors de ses jours de congés, le Dr I « *fait du sport* » et des formations.

« *des formations de deux jours, sur les urg' surtout. Aussi de la pédiatrie, et j'ai fait une formation de régulation l'année dernière* »

Les échanges ne se font pas lors de réunions, mais il y en a.

« *Non. C'est plus informel. C'est dans la cafétéria de la maison* »

Le Dr I échange également avec les autres professionnels :

- « *oui oui, on communique pas mal, sur tout ce qui nous embête un petit peu, pour les trucs un peu lourds* »
- « *on s'appelle pour amortir un peu. Techniquement et psychologiquement, parce que des fois...* »
- « *Ça fait 25 ans qu'on bosse ensemble, on a traversé pas mal de trucs ensemble, donc je suis très proche de lui, donc quand on a des choses qui nous embête, on s'en parle et tout. Quand on a fini nos journées aussi, on discute. Voilà.* »

Trouver remplaçants et successeurs est plus facile :

- « *les remplaçants, de toute façon, quand on est en groupe, c'est aussi plus facile de les trouver* »
- « *Avec les secrétaires, un bon fonctionnement, ils se sentent pas seuls, c'est super* »
- « *on arrivera à trouver des successeurs, parce qu'on a une structure qui tourne, que l'activité estivale fait que même si tu bosses pas trop l'hiver, t'as pas de soucis à te faire* »

Il pense que financièrement, être en groupe est un avantage.

« *On partage les frais de fonctionnement du cabinet, on peut investir dans du matériel. Ça permet de bosser dans un environnement confortable et performant. C'est évident.* »

En étant seul il pense qu'il n' « *aurait pas ce confort-là* » et souligne : « *De toute façon, les charges, si je les donne pas là, je les donne aux impôts...Rires des deux sujets. Donc je préfère avoir des charges et un bon confort.* ».

En ce qui concerne les patients, il pense que l'avantage est « *indéniable* ».

« *Sincèrement, je pense qu'ils sont largement gagnants, à tous les niveaux. En termes de présence, de disponibilité...* »

Etre en groupe, pour la gestion des vacances et des absences, ne constitue pas spécialement un avantage.

« *parce qu'on trouve toujours des remplaçants. Par exemple, hier, j'étais pas là, je faisais de la régulation la nuit d'avant, et ben il y avait ma remplaçante. Parce que sinon, ils se font déboiter, surtout le lundi* », mais « *les remplaçants, de toute façon, quand on est en groupe, c'est aussi plus facile de les trouver* »

### **Inconvénients**

Spontanément, il énonce : « *Je vais avoir du mal à en trouver* ».

En parlant du départ d'un confrère, il dit :

- « *c'est quelque chose qui me préoccupe* »
- « *S'il s'arrête, je sais pas comment je réagirais, parce que j'aurais un surcroît de travail énorme. Même s'il trouve un successeur, parce que voilà, je suis le plus ancien avec lui, les gens me connaissent* ».
- « *La seule chose qui me fait du souci, c'est qu'il y ait un de nous qui s'arrête parce que ça risque de rompre un peu cet équilibre* »

### **11.2. Objectif secondaire**

D'après lui, il est important de bien se connaître et de fonctionner en groupe :

- « *On a tous des façons de travailler différentes, mais si on a un raisonnement de fonctionnement qui est le même, ça marche* »
- « *A partir du moment où on fonctionne tous à peu près de la même chose...de la même manière, il n'y a pas de problème* »
- « *Moi, je vois que des avantages. Mais après, encore une fois, on a tous à peu près le même âge et tous à peu près la même façon de fonctionner* »

Il faut, selon lui, échanger rapidement en cas de problème afin de ne pas arriver au conflit.

« *Surtout, s'il y a quelque chose qui ne va pas, il ne faut pas laisser trainer. Il faut en parler tout de suite.* ».

Savoir avec qui l'on s'installe est important.

« *c'est peut-être plus facile quand ça fait vingt ans que t'es là, que t'as monté la structure que quand tu sors de la fac et que tu t'installes avec des gens qui travaillent ensemble depuis perpette* »

Le Dr J aspire « *à moins travailler* », il dit : « *j'ai juste envie de freiner* ».

## **VII. DISCUSSION**

### **1. Les limites de l'étude**

« La reconnaissance d'un biais n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais au contraire la condition pour que cette méthode atteigne un statut scientifique » [29]

#### **1.1. Biais liés à l'enquêteur**

##### **1.1.1. Point de vue personnel de l'enquêteur**

Le biais de suggestion est un risque encouru lors de l'entretien semi-directif.

Le chercheur s'est documenté, les données de la littérature et ses propres croyances peuvent l'influencer dans la rédaction de son canevas, dans la formulation des questions et dans la façon dont il mène ses entretiens au cours desquels toutes ses paroles et toutes ses attitudes peuvent influencer le sujet. Ceci est parfois quasi-inconscient.

L'objectif est évidemment d'essayer de ne pas influencer les enquêtés. Mais comme décrit auparavant, le chercheur est réflexif.

##### **1.1.2. Le manque de technique**

J'avais déjà réalisé quelques entretiens lors de mon travail de mémoire et j'ai essayé de suivre la méthodologie trouvée dans les sources exploitées. [26] [27]

Le guide d'entretien a été réalisé selon les critères de validité afin d'obtenir des données fiables.

Les techniques d'entretien (reformulation d'affirmation pour une nouvelle observation du sujet, valorisation, relance sur des sujets apportés par l'enquête...) ont été utilisées afin de mettre l'enquêté à l'aise et d'approfondir au maximum les données.

Malgré tout, ni mes connaissances ni mon expérience en matière d'étude qualitative ne sont complètes. Ce manque d'expérience est donc à signaler car ce biais, lors du recueil de données, peut altérer la qualité de l'étude.

##### **1.1.3. Statut de l'enquêteur**

Les médecins interviewés étaient bien entendu informés de mon statut de médecin remplaçant.

Ils peuvent être influencés par ce statut. En effet, dans ces zones rurales, les médecins cherchent à attirer de jeunes médecins. Il est donc possible qu'ils cherchent à défendre leur mode d'exercice et à mettre en valeur cet exercice de groupe pour attirer des jeunes médecins.

De plus, un aspect éthique et déontologique peut pousser les médecins à ne pas aborder tous les sujets devant un jeune confrère.

Les difficultés dans les relations humaines avec leurs confrères par exemple peuvent être abordées difficilement notamment à un jeune médecin qui envisage de s'installer dans cette région.

## **1.2. Biais liés à l'interviewé**

### **1.2.1. Mécanisme de défense**

Lors de mon travail de mémoire, je pensais qu'il y avait eu des non-dits liés à certains mécanismes de défense. En effet, les médecins étaient restés très pudiques et avaient des difficultés à aborder certains sujets, en particulier celui de l'argent.

Cette expérience m'a amenée à modifier le guide d'entretien pour essayer d'avoir une attitude empathique afin d'éviter ces mécanismes.

Malgré tout, un entretien, surtout sur leur vie professionnelle peut être vécu comme une intrusion et il est très difficile d'abaisser toutes les barrières que représentent les mécanismes de défense.

### **1.2.2. Circonstance de l'entretien**

L'état d'esprit de l'enquêté lors de l'entretien peut modifier totalement les résultats. On peut passer d'un entretien pertinent avec de nombreuses données à analyser à des réponses laconiques et évasives.

Si le médecin est épuisé, qu'il a passé une journée particulièrement désagréable, qu'il a eu un cas difficile au préalable, il ne pourra avoir l'esprit libre lors de l'entretien.

J'ai essayé de lutter contre ce problème en les laissant entièrement choisir le lieu et la date des entretiens. De plus, lors de la prise de rendez-vous, je leur ai dit qu'ils pouvaient annuler et repousser, même au dernier moment.

Mais il est difficile d'éliminer complètement ce biais.

## **1.3. Biais liés à l'échantillon et à la méthodologie**

### **1.3.1. Biais de sélection**

Pour des raisons personnelles évoquées auparavant, j'ai décidé de réaliser cette étude en Ardèche. Ce choix s'explique également par mon lieu d'exercice et de vie. J'ai donc choisi les médecins parmi les différentes structures du sud Ardèche. Les médecins exerçant dans le sud Ardèche ne sont pas forcément représentatifs de tous les médecins Ardéchois. Et les médecins Ardéchois ne sont pas forcément représentatifs des médecins exerçant en zone rurale. Par exemple, l'activité touristique a pu influencer leur activité et donc leur manière de travailler. Malgré tout, le critère principal étant d'être installé en groupe, il ne me semblait pas primordial d'inclure d'autres médecins installés plus au Nord.

De plus, 3 des médecins interrogés ont été mes maîtres de stage. Il est possible que leurs discours aient pu être influencés par nos relations passées et actuelles.

### **1.3.2.L'analyse et la retranscription des données**

En ce qui concerne l'analyse des résultats, j'ai utilisé une méthode assez simple en essayant d'exploiter au maximum les entretiens.

Mais l'analyse des données par une seule et même personne est une limite potentielle de cette étude. En effet, les données recueillies traitent de l'Humain, il en dépend donc un certain seuil d'interprétatif.

Les différentes étapes de l'analyse et de la retranscription ont eu pour objectif de limiter la subjectivité des interprétations.

Les résultats obtenus ont été soumis à la lecture critique de plusieurs personnes, faisant partie ou non du corps médical.

## **2. Avantage ou inconvénient ?**

### **2.1. Des avantages qui ont leurs corollaires et des inconvénients qui sont atténués**

#### **2.1.1. Une meilleure gestion du temps**

##### **2.1.1.1. Des absences plus faciles mais l'absence des autres à assumer**

Tous les médecins affirment qu'être en groupe permet de se dégager du temps plus facilement.

Pour certains médecins, il s'agit de finir plus tôt, pour d'autres de ne pas travailler un jour par semaine ou pour le médecin H, de travailler une semaine sur deux.

Les différentes sources bibliographiques confirment une gestion plus facile de son temps de travail, avec :

- Une maîtrise plus facile des horaires de travail [30]
- Un nombre de demi-journées travaillées moindre que les médecins exerçants seuls [30]
- Une moyenne de deux à quatre heures de travail par semaine en moins [20]
- Un partage du temps de travail, des gardes et astreintes [7]
- Une plus grande souplesse en matière de condition de travail et de disponibilité [31]
- Une répartition des jours d'absence [32]

Le travail statistique fournit lors de la thèse des Dr Boyeldieu et Arrouch [15] démontre que travailler en groupe permet :

- Un volume horaire réduit
- Un temps de travail hors du cabinet augmenté
- Un plus grand nombre de congés annuels
- Un moins grand nombre de samedis travaillés

Le plus important étant que ce temps, n'est pas empreint de la culpabilité d'avoir « *laissé tomber leurs patients* ».

Il est difficile, en zone rurale de pouvoir se libérer du temps mais le peu de temps que l'on peut se dégager est toujours dans l'ombre de ce sentiment d'abandon.

L'avantage supplémentaire, c'est qu'au retour de ce jour de repos, le médecin qui travaille en groupe n'est pas submergé par la charge de travail liée à son absence de la veille. Non, il ne l'est pas car ses confrères qui travaillaient en son absence ont pu s'occuper des urgences concernant ses patients.

Une situation rencontrée par le Dr I en ait l'exemple : « *Aujourd'hui, il y a un patient d'un des collègues qui était en perte d'autonomie à domicile, avec sa fille qui était la seule aidante potentielle qui m'a appelé au secours. J'étais en consultation, blindé jusqu'à ce soir. J'ai pu utiliser l'ensemble de la structure. J'ai utilisé l'hôpital local et les collègues pour gérer, tout en mangeant un chocolat... son médecin traitant qui n'est pas là aujourd'hui, revient demain. Demain, il revient tranquillo, son patient a été parfaitement géré, il n'a pas trainé aux urgences je sais pas où dans un placard catastrophe, et tout le monde a trouvé son compte et moi j'ai géré tout ça en mangeant un chocolat.* ».

Ce luxe, de pouvoir prendre du temps pour soi, sans appréhension du retour est bien sûr lié au fait d'être en groupe. Malheureusement, il y a une contrepartie. Cette contrepartie, consiste à gérer l'absence de ses confrères.

Dans les structures où chaque médecin prend un jour de repos, il est évident que les 4 autres jours, les patients des confrères absents vont venir vous consulter.

La plupart des patients vont préférer attendre leur médecin traitant, notamment pour les renouvellements, mais pour les maladies aiguës ils viendront voir les médecins présents.

Ainsi, les jours de présence dans la structure, les médecins auront une surcharge de travail liée à l'absence d'un de leur confrère.

Comme l'a mentionné le Dr C, il est primordial d'éduquer les patients. Par exemple, il faut accepter de voir les patients de ses confrères que lorsque c'est justifié. Il faut refuser de faire les renouvellements, ce qui peut attendre le retour du médecin traitant.

L'avantage de la gestion de son temps de travail est cité en premier et spontanément par quasiment tous les médecins vus en entretien. Il apparaît donc que c'est vraiment un des atouts important de

l'exercice en groupe. A la lecture des entretiens, on voit bien que les médecins ont tous conscience de cette surcharge de travail liée à l'absence des confrères, mais cela n'est pas cité comme un inconvénient ingérable. Pour la plupart, ils s'adaptent.

Le rapport avantage / inconvénient semble donc en faveur de l'exercice de groupe en ce qui concerne la gestion du temps de travail.

#### **2.1.1.2. Prendre des vacances oui, mais pas sans remplaçant**

Les médecins interrogés n'ont pas mentionné de problème en ce qui concerne la prise de vacances. Est-ce que le fait d'être en groupe facilite la prise de vacances ? Certains comme le Dr E ou le Dr F le pensent.

C'est également ce que pense le Dr De Haas : « il devient plus facile de répartir les congés ». [33]

En pratique, la plupart des médecins essaient de prendre des remplaçants, dans cette optique, on pourrait dire qu'être en groupe n'est pas un avantage.

Cependant, si cela doit arriver de partir sans remplaçant, il est de toute façon plus facile d'absorber la charge de travail lorsque l'on est quatre ou cinq. Donc comme le disent le Dr G ou F, la pression est moins grande pour trouver un remplaçant.

De plus, il sera démontré par la suite qu'il est plus aisé de trouver des remplaçants lorsque l'on est installé en groupe.

#### **2.1.1.3. Une plus-value énorme**

Le temps dégagé par cet exercice de groupe est bien employé.

##### **2.1.1.3.1. Du repos**

L'exercice de la médecine générale demande beaucoup d'énergie.

L'activité, pour la plupart des médecins rencontrés, n'est pas linéaire et liée à l'activité touristique. En revanche, même en période hivernale, certains médecins voient jusqu'à cinquante patients par jour.

Quasiment tous les médecins vus en entretien aspirent à s'aménager des temps de repos.

Les médecins les plus âgés souhaitent moins travailler pour notamment lever le pied petit à petit, les plus jeunes par exemple afin de s'occuper de leurs enfants.



Les médecins qui exercent en groupe et donc qui ont déjà la possibilité de se dégager ce temps de repos veulent encore moins travailler. Donc l'exercice isolé serait une souffrance pour ceux-ci.

Le fait de pouvoir moduler son temps de travail et de dégager des temps de repos permet d'éviter des situations extrêmes comme les burnout et permet aux médecins d'avoir une meilleure qualité de vie.

Parmi les 174 médecins interrogés lors de la thèse des Docteurs Boydelieu et Arrouch, 123 estimaient que le fait d'exercer en groupe permettait d'avoir une meilleure qualité de vie. [15]

### **2.1.1.3.2. Une diversification de leur activité**

Chaque médecin a au moins une activité en dehors du cabinet.

Ces activités apportent une richesse à leur exercice professionnel.

Elles permettent :

- D'établir des connaissances et des contacts (ex : le travail aux urgences du Dr D),
- De suivre des patients en rééducation (exemple de l'hôpital local),
- De faire une médecine différente (ex : médecin de crèche, CAT).
- De participer à la permanence des soins (ex : régulation, médecin pompier)
- De réaliser des formations

Cette multitude d'activités permet également de lutter contre le burnout en apportant une autre façon d'aborder les patients et la médecine.

Une citation du Dr D reflète bien cette pensée : « *Donc être en groupe, me libère du temps pour mes loisirs professionnels* ».

La possibilité de disposer de temps pour organiser d'autres activités et notamment des formations est notée dans certaines sources.

Dans l'article d'Isabelle Evrard et al. [30], on peut lire qu'en travaillant en groupe, les médecins n'ont pas forcément d'activités médicales en dehors du cabinet mais en profite pour assister à des formations.

Les généralistes en groupe consacrent plus de temps à la formation et sont davantage informatisés. [25]

Le temps dégagé lorsque l'on travaille en groupe permet la participation à des FMC. [15]

Les médecins interrogés lors de la thèse du Dr Barat sont également unanimes sur le regroupement. Pour eux, être en groupe permet d'allier qualité de vie personnelle et professionnelle. [18]

## 2.1.2.Des échanges humains qui ne sont pas toujours simples

En ce qui concerne les rapports humains, tout n'est jamais blanc ou noir.

Il existe des avantages au fait d'être en groupe :

- La possibilité de discuter simplement
- La détente que peut amener des moments de rigolades
- La création de véritables liens d'amitié
- Le soutien que peut amener une épaule sur laquelle pleurer

Néanmoins, ces aspects positifs sont ternis par leurs aspects plus sombres.

Les mauvais côtés de l'Humain ne sont jamais très loin des bons.

Peuvent donc apparaître :

- Des jalousies
- Des désaccords
- Des mensonges
- ...

« La peur des conflits interpersonnels est fréquente » [33]

Dans la plupart des structures consultées, les conflits sont limités. Cependant, pour lutter contre ceux-ci, il s'agit d'un travail au quotidien.

Le Dr A, lors de l'entretien, avait l'air de souffrir de conflits avec l'un ou plusieurs de ses associés.

Comme l'a dit le Dr I : « *Si on s'engage dans des projets de groupe, le risque quand même qu'il y ait des interactions douloureuses, est quand même grand. C'est comme en amour...* ».

Il y a donc, bien sûr, de nombreux avantages humains au groupe. Mais lorsque le conflit arrive, tout un univers bascule. Travailler dans une ambiance conflictuelle peut devenir très rapidement nocif.

Aussi faut-il avoir conscience des bons mais également des mauvais côtés de l'Humain avant de s'installer en groupe.

D'après l'étude des Docteurs Boyeldieu et Arrouch [15], les médecins pensent que travailler en groupe est une aubaine en ce qui concerne :

- Le dialogue (141 médecins sur 174)
- Le soutien moral (104 médecins sur 174)
- La convivialité (3 médecins sur 174)

En revanche, le premier inconvénient cité au travail en groupe est la contrainte relationnelle (126 sur 174 médecins).

De même, il paraît évident que tous les médecins ne sont pas faits pour travailler en groupe.

Seront abordés par la suite les différents moyens pour, si ce n'est les empêcher, atténuer les conflits et faciliter la vie en groupe.

Outres les incompatibilités d'humeurs et les conflits, un autre aspect compliqué des relations humaines peut venir assombrir l'exercice en groupe.

Travailler en groupe, c'est faire des concessions, c'est ne pas décider seul, c'est faire en fonction des autres, et parfois même vivre avec le sentiment d'être évalué...

Le Dr B est l'exemple parlant de ce sentiment d'oppression. On comprend à la lecture de son entretien qu'elle subit un peu le groupe. Elle a organisé par exemple son emploi du temps en fonction de celui des autres.

Cette pression qu'elle ressent n'est pas forcément exercée par les autres médecins de la structure, mais elle est là. Elle nous dit : « *Oui je culpabilise quand même, d'essayer de réduire mes horaires* » et en parlant de cette pression et de cette culpabilité : « *C'est moi surtout qui me la mets car eux ils ne me le demandent pas* ». Le fait est que cela peut devenir un vrai poids.

Les médecins et principalement les jeunes médecins ont également répondu oui à la question : « *est-ce que le regard de vos confrère peut poser problème ?* ».

Même si, il semble que ce sentiment s'évanouisse avec le temps et l'acquisition de confiance en soi, il est présent chez les jeunes qui s'installent.

« Le professionnel peut également craindre le regard et le jugement de l'autre sur son exercice ou la remise en cause de son travail. » [33]

### **2.1.3. Le départ d'un confrère mais l'arrivée de sang neuf**

Le départ d'un confrère peut être une source d'angoisse car cela implique :

- De prendre en charge les patients du confrère
- La peur de ne pas trouver de successeur
- Le partage des charges à un médecin de moins
- La perte d'un ami potentiel

Il est vrai que le départ d'un confrère, qu'elle qu'en soit la raison, entraîne de grande modification dans les habitudes d'une structure.

Le rapport sur les centres de santé [34] s'interroge sur l'aspect instable d'une structure en cas de départ d'associés. En effet, dans une structure où chaque professionnel contribue au fonctionnement à hauteur de 2300 euros par mois, le départ de deux associés sur 4 ou 5 peut s'avérer fatal pour celle-ci.

Est-ce un inconvénient ? Beaucoup de médecins, malgré les angoisses que cela peut engendrer, sont assez philosophes.

- « *C'est la vie* » dit le Dr A.
- « *ce serait plus compliqué, mais on l'accepterait* » dit le Dr F.

Cette incertitude liée au départ potentiel d'un confrère est atténuée par les possibilités, en termes de successeurs, qu'offre une structure de groupe.

Dans l'introduction, la problématique de la fuite des zones rurales et de la modification des attentes des jeunes médecins ont été abordées.

Les structures de groupe répondent à cela.

Les structures de groupe attirent les jeunes !

L'interne a une place dans la pérennité des structures. [34]

Dans ce travail, 3 médecins en ont bien conscience :

- Dr A : « *Alors notre vivier, au jour d'aujourd'hui, ce sont les internes.* »
- Dr D : « *On voit arriver des jeunes et ces jeunes arrivent parce que partout en Ardèche méridionale il y a des cabinets de groupe, pas forcément des MSP, mais des cabinets de groupes.* »
- Dr E : « *le fait d'avoir des internes atténue vraiment ce problème. Le médecin qui prend des internes, il trouve...Il trouve des remplaçants et des successeurs* », « *Pourquoi les jeunes arrivent ? Parce qu'on reçoit les internes.* »

On retrouve la notion d'installation dans les lieux de stages et de remplacements.

C'est le cas, dans cette étude, du Dr G, qui a fait ses stages de niveau 1 et 2 dans la maison de santé, cette même maison de santé où il a effectué des remplacements et où il est aujourd'hui installé.

Dans la thèse du Dr Gicquel, plusieurs médecins sont passés du statut de remplaçant à celui d'associé. [19]

Ainsi, les angoisses concernant le départ de confrères, sont bien amoindries par la possibilité d'attirer de jeunes médecins, internes et futurs successeurs ou médecins remplaçants.

Pour le Dr De Haas, « le regroupement des professionnels est une solution pertinente face à la baisse de démographie des acteurs libéraux ». [33]

## 2.1.4. Un avantage pour les patients mais une modification de leurs habitudes

Les avantages pour les patients, d'après les médecins, sont assez nombreux.

On retrouve comme avantage le plus important, une meilleure permanence des soins grâce à un temps de présence médicale plus important. Les structures de groupe sont ouvertes tous les jours sauf le dimanche, ce qui n'est pas le cas des cabinets isolés.

De plus, malgré l'absence de son médecin traitant, un patient peut être reçu dans de bonnes conditions sans aller aux urgences de l'hôpital le plus proche qui est, pour certaines structures, à plus de 40 minutes.

Les maisons de santé sont ouvertes toute l'année, 5.5 jours en moyenne par semaine et 11 heures trente par jour. L'amplitude est plus importante que celle constatée pour les autres formes d'exercices en médecine générale.

Outre un temps de présence plus important, le fait d'être en groupe, notamment en maison de santé amène également des soins plus complets (sutures, pose de plâtres...) et parfois des médecins spécialistes sur place. [35]

Le conseil de l'ordre énonce comme avantages pour les patients [7] :

- Une gamme plus grande de compétences dans un même lieu
- Une plus grande disponibilité du professionnel
- Une continuité des soins
- Un meilleur accueil

Un autre avantage est celui d'avoir le choix dans son médecin traitant. Chaque patient et chaque médecin généraliste ont leurs caractères, leurs passés, leurs vécus, leurs croyances.

La relation médecin-patient est une des clefs pour une prise en charge optimale.

Chaque patient devrait alors pouvoir choisir un médecin traitant qui est au plus proche de ses attentes.

Le fait d'être en groupe n'apporte pas forcément le médecin traitant idéal pour chaque patient, en revanche cela offre la possibilité d'un choix.

Etre patient d'une structure de groupe permet également au patient d'avoir une meilleure prise en charge en cas de doute sur un diagnostic. Les confrères peuvent donner : « *un regard neuf* » ou « *un deuxième avis* ».

Ce deuxième avis peut se faire lors de la consultation avec le médecin traitant (qui peut appeler un de ses confrères et lui montrer le dossier, la lésion, l'examen d'imagerie, l'ECG...) ou lors d'une seconde consultation avec un autre médecin que son médecin traitant. Le Conseil National de l'Ordre emploie le terme de « co-décision thérapeutique ». [7]

De plus le dossier partagé permet de ne pas perdre d'information. Ainsi les deux médecins consultés ont toutes les cartes en main. [35]

Un autre avantage non retrouvé lors de mes entretiens que l'on peut retrouver dans la bibliographie est l'accès à des locaux plus récents et plus grands, avec par exemple un accès handicapé. [33] [35]

Lors de mes stages ou de mes remplacements, j'ai pu constater que la plupart des patients constatent le plus souvent les points négatifs et omettent les aspects positifs.

Il y a de nombreux avantages pour les patients au fait d'avoir un médecin exerçant dans une structure de groupe.

Force est de constater que le développement des cabinets de groupe a fortement modifié leurs habitudes.

Les patients des zones rurales, qui plus est dans cette Ardèche profonde que j'affectionne, sont restés au seuil du médecin isolé qu'ils appelaient au milieu de la nuit si besoin est. Parmi les médecins vus en entretien, beaucoup ont travaillé de cette façon lors de leur installation. Les médecins qui s'installent de nos jours feront partie de la première génération à ne pas considérer la médecine comme un sacerdoce.

Il apparaît donc légitime qu'ils émettent quelques plaintes.

De plus, les maisons de santé, comme nous l'aborderons ultérieurement, sont souvent des lieux de formation pour les futurs médecins. La présence de cette tierce personne lors de la consultation peut poser problème. Bien que cette gêne soit a priori plus ressentie par les patients des zones urbaines. [36]

Quelques patients peuvent craindre de perdre la relation directe avec leur médecin. [33]

Cette crainte est justifiée. Dans l'article de Bourgeuil et al. [35], on peut lire que la proportion des actes effectués par un autre généraliste que leur généraliste traitant est de 28%, et varie de 12 à 43% selon les maisons de santé.

## **2.2. Un confort d'exercice qui se paye**

### **2.2.1. Un secrétariat efficient**

Deux des médecins entretenus ont un secrétariat basique qui effectue simplement la prise de rendez-vous.

Pour les autres médecins, le secrétariat réalise de nombreuses tâches (accueil, mise à jour des dossiers, comptabilité, réalisation d'ECG, gestion du matériel...), ce qui est un vrai soulagement pour les médecins de la structure. Les médecins ont alors plus de temps à consacrer à leurs patients et l'esprit libéré de ces tâches, en général considérées comme désagréables.

Les différentes sources bibliographiques s'accordent avec cette étude pour dire qu'être en groupe est un avantage dans la mesure où il permet de développer l'activité de secrétariat.

Pierre De Haas, est bien conscient de la lourdeur des tâches administratives rencontrées par les médecins. Il écrit : « Pour être capable d'y faire face, ils se voient contraints de s'organiser différemment. Le regroupement au sein d'une maison de santé est une solution » et « le regroupement à plusieurs permet d'investir dans un poste de secrétariat et ainsi de décharger le professionnel de tâches administratives ». [33]

44% des médecins exerçant en groupe emploient au moins deux secrétaires. [33]

Les maisons de santé offrent la possibilité de mutualiser des ressources humaines et techniques pour décharger les professionnels du travail administratif. [37]

Etre en groupe permet la mutualisation des dépenses et des investissements ainsi que des économies d'organisation, au premier rang desquelles la disponibilité d'un secrétariat médical. [20]

### **2.2.2.Des locaux, du matériel...**

La plupart des structures visitées lors de notre étude étaient vastes, elles disposaient, à l'exception d'une, d'au moins une salle d'urgence. Cette salle d'urgence contenait divers matériels :

- Stérilisateur et matériel de petites chirurgies
- Electrocardiogramme
- Matériel nécessaires aux soins d'urgence (hydratation, intubation...)
- Dans une structure, on retrouve un échographe et une autre à ce projet d'acquisition.

Etre en groupe constitue un avantage en termes de matériel et locaux.

Le plus souvent, l'espace à disposition est plus grand et engendre plus de frais. [33]

Etre en groupe permet également d'acquérir et de rentabiliser des équipements performants. [31]

### **2.2.3.Un coût non négligeable**

Bien sûr, pour avoir un secrétariat efficace et fonctionnel, il faut du personnel. Et le personnel se paye. Les médecins exerçant dans un cadre libéral supportent un certain nombre de charges professionnelles, qu'il s'agisse des charges liées au personnel (salaires, cotisations sociales et patronales), des charges locatives, d'impôts ou de cotisations sociales personnelles. [31]

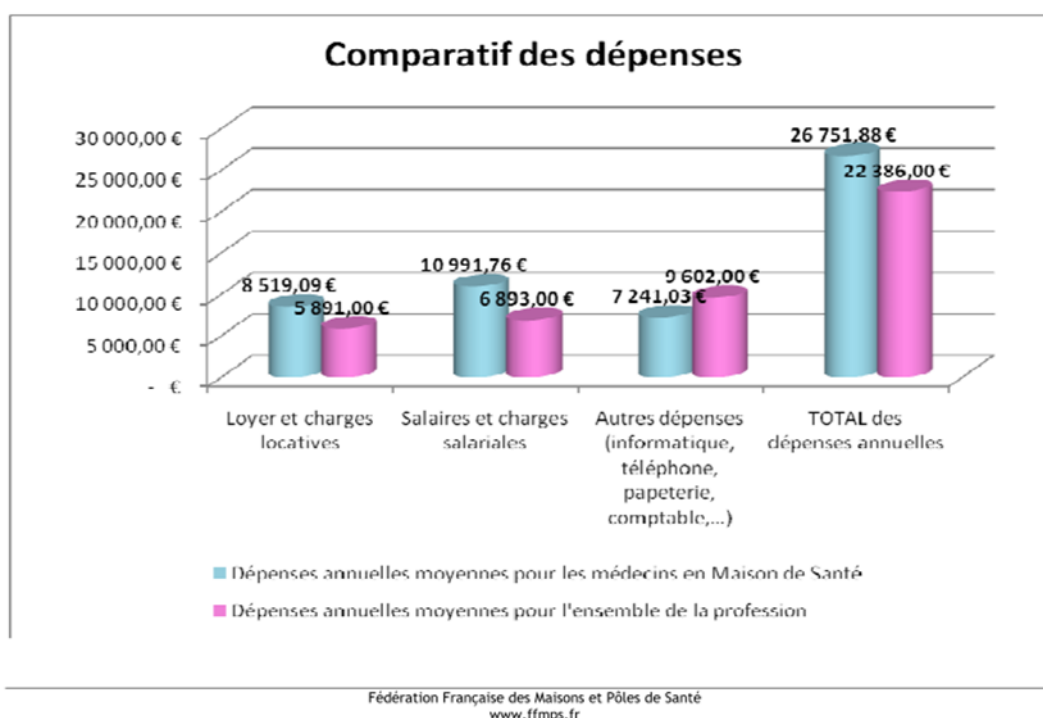
La plus grosse partie des charges d'une structure de groupe est constituée du personnel et en particulier des secrétaires. [34]

Les coûts comprennent [3]:

- Les coûts d'investissement (immobilier et équipement)
- Les coûts d'ingénierie et d'accompagnement
- Les coûts de fonctionnement

Un médecin installé en MSP dépense en moyenne 4400 euros de plus par an qu'un médecin en cabinet. [3] [33]

**Graphique 4 : Comparatif des dépenses**



Mais les médecins semblent bien prêts à payer ce coût pour le bénéfice que cela leur apporte en termes de confort d'exercice et de recettes que cela leur amène.

Tous les médecins qui estiment que leurs charges ont augmenté depuis qu'ils sont en groupe, décrivent un confort de travail auquel ils ne seraient pas prêts aujourd'hui à renoncer.

Le Dr F emploie les termes « inestimable » et « irremplaçable » en parlant respectivement du travail fourni par les secrétaires et du confort d'exercice.



## **2.3. Les apports du groupe sans condition**

### **2.3.1. L'échange professionnel**

#### **2.3.1.1. La réassurance**

Pour tous les médecins jeunes rencontrés, l'exercice en groupe apporte un énorme avantage : la sécurité.

Pouvoir bénéficier de l'expérience des aînés est une chance. [7]

En effet, le manque d'expérience entraîne de nombreuses appréhensions, justifiées ou non.

Pour de nombreux médecins, savoir qu'il y a un confrère à côté, même s'il n'intervient pas dans la prise en charge est une aide précieuse. [15]

#### **2.3.1.2. L'échange au quotidien**

Aucun médecin, aussi doué soit-il n'a la connaissance absolue.

L'échange est toujours une bonne chose.

Cet échange peut être médical pur, ou bien concerner des difficultés à gérer certaines situations.

Lors de l'exercice dans une structure de groupe, un coup de téléphone et votre confrère vient vous donner son avis. Quel soutien !

Une situation sociale difficile à gérer, un doute, et vous pouvez partager ce doute pour trouver la meilleure solution pour votre patient.

Aucun médecin exerçant de façon isolée ne peut avoir un tel partage.

Le Dr De Haas trouve également que c'est un avantage d'être à plusieurs et de pouvoir réaliser des consultations à deux médecins. [33]

#### **2.3.1.3. L'émulation liée au groupe**

Tous les médecins ont des projets. Le groupe donne l'énergie pour la réalisation de certains d'entre eux.

J'ai constaté la création d'un groupe de pairs, la création de groupes de soutien tel que la tontine, et même la pratique de formations en commun.

La création du groupe de pairs a été très rapide. Ces médecins travaillant ensemble ou dans des structures voisines se réunissent parfois pour des réunions telles que la tontine. Un jour, un des médecins a soumis l'idée d'un groupe de pairs, et depuis ce jour, il existe une réunion deux fois par mois

La structure du Dr B, en lien avec leur nouvel infirmier, va organiser des séances d'éducation thérapeutique.

Ces projets pourraient exister pour un professionnel isolé, mais leurs développements seraient plus longs et laborieux.

### **2.3.2.L'échange interprofessionnel et le développement de la pluridisciplinarité**

L'augmentation du nombre de maladie chronique et l'importance de la prévention et de l'éducation ont été abordées en introduction.

L'activité de groupe et surtout le développement de structures telles que les MSP sont un vrai avantage pour cette façon d'exercer la médecine.

Elle permet des échanges avec les autres professionnels afin d'avoir une prise en charge globale du patient.

L'échange avec les autres professionnels de santé (notamment kinésithérapeutes et infirmiers) peut se faire sous forme informelle (le plus fréquent) mais peut également se faire lors de réunions plus poussées.

La maison de santé pluridisciplinaire dans laquelle travaille le Dr I réalise même des séances d'éducation thérapeutique avec les infirmiers. De même, ils ont un dossier pluridisciplinaire avec un accès aux différents professionnels entrant dans la prise en charge du patient.

La plupart des médecins souhaitent développer cet aspect de la médecine qu'est la pluridisciplinarité. L'approche pluridisciplinaire est citée comme un avantage par 51 des médecins interrogés dans la thèse des Docteurs Boyeldieu et Arrouch. [15]

Le rapport du Docteur Acker affirme qu'être en groupe est un véritable avantage pour les patients atteints de maladies chroniques. Notamment dans les structures comprenant infirmiers, kinésithérapeutes et assistantes sociales. [34]

Cependant, une seule des structures de cette étude réalise des activités de prévention ou d'éducation. Peut-être est-il trop tôt dans le développement de l'exercice en groupe pluridisciplinaire pour l'intégration de ces domaines.

Une autre étude montre que l'éducation le dépistage (tel que le VIH, la vaccination, le cancer, la prévention...) ne sont pas plus développés dans les cabinets pluridisciplinaires que dans les autres. [30]

D'ailleurs, les patients semblent demandeurs, ou du moins estiment que la prévention est très peu abordée dans les consultations de médecine générale. [36]

Pourtant, le développement de la prévention et le suivi coordonné des maladies chroniques font partie des critères obligatoires du cahier des charges national des maisons de santé (cf. Définition). Une marque collective « maison de santé » pourrait être déposée par le ministre chargé de la santé auprès de l'Institut National de la Propriété Industrielle. Elle serait octroyée sous condition d'un respect du cahier des charges et un projet de santé validé par l'ARS.

Si cette marque est déposée, les MSP souhaitant entrer dans ce cadre devront développer cet aspect de la médecine qu'est la prévention. Elles devront pour cela développer la pluridisciplinarité. [34]

### **3. Comment améliorer l'exercice en groupe**

#### **3.1. Ne pas s'engager à la légère**

##### **3.1.1. Connaitre les lieux et les futurs associés**

Comme nous l'avons démontré, travailler en groupe n'est pas toujours « un long fleuve tranquille ». Aussi faut-il bien connaître la structure dans laquelle on s'installe.

Il faut s'assurer que les autres médecins de la structure aient une vision à peu près équivalente de la médecine. Par exemple, deux des médecins rencontrés lors de cette étude ne souhaiteraient pas voir s'installer un confrère faisant de la médecine à exercice particulier. La FFMPS affirme : « Pour que la maison ou le pôle de santé deviennent un espace d'échanges inter disciplinaires, il est essentiel que la dynamique du groupe fonctionne bien ». [37]

Le Dr G est l'exemple de cette bonne pratique. En effet, il s'est installé dans une structure qu'il côtoyait depuis plus d'un an et demi. De plus, deux des médecins étaient ses anciens maîtres de stage.

Ainsi, il connaissait les médecins et leurs caractères, il connaissait le secrétariat, la structure, les patients, l'hôpital local et avait même un début de carnet d'adresses de confrères.

La question de l'âge a été une seule fois abordée, par le Dr C. Il semble quand même important de revenir sur cette notion. En effet, il paraît dangereux, surtout en cas de location des locaux, de s'installer uniquement avec des médecins à l'aube de la retraite.

D'une part car ils risquent de partir tous en même temps et de ne pas forcément tous trouver des successeurs, d'autre part car des médecins qui exercent ensemble depuis 30 ans ont leurs habitudes, et il peut ne pas être simple de travailler et de trouver sa place parmi eux.

##### **3.1.2. Etablir des contrats précis**

Le contrat définit les modalités de travail en commun, les temps de congés, les conditions de départ, ce qu'il peut arriver en cas de maladie ou de décès... [33]

En cas de désaccord, une seule chose fait foi : le contrat établi entre les différents partis.

Ainsi, il semble indispensable de bien lire et comprendre le contrat et si besoin de le modifier en fonction des attentes de chacun.

Il est important que toutes les réticences et inquiétudes s'expriment lors de sa rédaction et que des accords soient trouvés. [33]

Par exemple dans une structure a été rajouté un article au contrat qui concerne le départ potentiel de la structure.

Cela permet aux autres médecins d'être plus sereins par rapport à cette hypothèse-là.

### **3.2. Communiquer : la clé de la réussite**

Si l'on devait donner un seul moyen pour lutter contre la plupart des inconvénients au travail en groupe, ce serait de communiquer.

A l'unanimité, les médecins affirment qu'il faut discuter.

Le seul médecin qui dit être en conflit énonce clairement que c'est par manque de communication.

Il apparaît donc important de se réunir. Une erreur fréquente être d'attendre qu'il y ait un problème pour se réunir et essayer de le résoudre. Il faut se réunir en permanence et surtout quand tout va bien. Il faut anticiper l'arrivée de divers problèmes.

Une phrase du Dr de Haas résume bien ce paragraphe : « La réussite dépend de la valeur des échanges entre les parties prenantes et de la capacité à répondre aux inquiétudes, qu'elles soient exprimées ou non. ». [33]

### **3.3. Prendre les décisions en groupe**

Travailler en groupe implique de prendre des décisions plus ou moins faciles. Ces décisions doivent toujours être prises en groupe.

Prendre une décision seul, la plus petite soit-elle, peut être une source de conflit avec les autres associés. En effet, ils peuvent se sentir exclus. C'est pourquoi il faut communiquer, souvent, se réunir, même si cela peut paraître une contrainte.

Quel que soit le domaine concerné, les modalités de prise de décision en maison de santé nécessitent une réflexion et une mise en pratique qui recueillent l'assentiment de tous. [33]

### **3.4. Financement**

Il existe différents types de financement [33] :

- Le financement privé par les acteurs
- Le financement privé par des investisseurs
- Le financement public

Etre propriétaire des locaux occupés est une bonne chose pour deux raisons.

La première raison est évidente, il s'agit, comme l'ont fait remarquer plusieurs médecins, d'un investissement.

La seconde, est qu'en cas de départ d'un ou de plusieurs confrères, les autres n'ont pas à assumer la location de locaux vides (le temps de trouver un successeur).

Paradoxalement, les médecins exerçant en groupe sont moins souvent propriétaires que les médecins exerçant seuls. [15]

### **3.5. Trouver le bon équilibre**

Pour qu'une structure de santé fonctionne, nous l'avons abordé précédemment, cela a un coût important. En dehors des locaux, le principal coût concerne le temps de secrétariat. Il est donc important de trouver le bon équilibre entre le nombre de médecins et le nombre de secrétaires nécessaires. Cela est d'autant plus difficile dans les cabinets rencontrés, car cela doit s'appliquer à deux activités différentes. L'activité hivernale et l'activité estivale.

D'après le rapport sur les centres de santé [34], l'équilibre est difficile à atteindre. D'après Dominique Acker, en Province, il faut un minimum de généralistes et une bonne gestion du personnel non soignant.

Il faut également trouver le bon équilibre dans la gestion du quotidien. Faut-il un leader qui gère l'ensemble de la société ou faut-il une répartition des tâches ? A chaque établissement sa technique. Le Dr I et le Dr De Haas pensent qu'une formation au management est une nécessité. [33]

Former au management les professionnels de santé doit permettre de garder le cap sur le sens du travail en commun. [38]

### 3.6. Accepter l'évolution

#### 3.6.1. Le développement des NMR

L'exercice de la médecine libérale s'est développé dans les années suivant la seconde guerre mondiale. Cet exercice était basé sur le couple médecin-malade. Le médecin exerçait seul, le patient venait consulter librement. Le paiement à l'acte avait toute sa place. [39]

La rémunération à l'acte reste majoritaire en France.

Le développement d'autres modes de rémunération est en cours mais reste de loin minoritaire (6%). [40]

Les autres modes de rémunération des médecins comprennent :

- Le salariat
- Les forfaits : sommes payées aux médecins par le système d'assurance maladie du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent pas être rattachées à un acte de soin proprement dit (ils comprennent entre autre les aides à la télétransmission, les forfaits et majoration pour gardes et astreintes)
- La Rémunération sur Objectif de Santé Public, la rémunération à la performance

D'après de nombreuses études, le mode de rémunération à l'acte n'est plus adapté à la médecine générale. [3] [9] [11] [16] [41]

Dans les pays où l'exercice en groupe est plus développé, (Royaume Uni, Pays Bas, Québec) la rémunération est mixte ou par capitation. [9]

« Dans les pays développés, le paiement à l'acte n'est pas la règle » précise Julien Mousquès, chercheur à l'IRDES. [14]

On ne peut pas changer complètement la façon d'exercer la médecine sans en changer la rémunération. Les modifications de notre société et de sa population ont été abordées précédemment. Le développement de certaines pathologies va imposer la pratique de séances de prévention et d'éducation.

Réaliser une consultation de prévention (par exemple prévenir les maladies cardio-vasculaires) ne prend pas un quart d'heure montre en main... C'est un travail de longue haleine qui peut nécessiter sur des mois entiers des heures de discussions et d'explications.

Eduquer des patients diabétiques, leur apprendre à suivre un régime, à surveiller leur pieds, à gérer leurs hypoglycémies... Tout ceci n'est pas forcément fait dans le quotidien par manque de temps, parce que ces consultations d'éducation sont chronophages.

Le système de rémunération doit changer pour que la pratique soit plus à même de répondre aux besoins de la population.

Des expérimentations de ces nouveaux modes de rémunération sont en cours. Il y a eu, début 2010, des essais pour 17 maisons de santé et 25 centres de 6 régions. Puis, en 2011, Le Ministre de la santé a ouvert cette expérimentation à tous les volontaires.

Une expérimentation est donc en cours sur 149 sites. Les différentes rémunérations sont en élaboration. La Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé a travaillé sur un schéma possible de rémunération et un travail est en cours avec la HAS pour produire une matrice cohérente. [39]

Le Dr I, qui est visiblement le plus impliqué dans le développement de la pluridisciplinarité, a déjà mis en place des séances d'éducation thérapeutique.

Il y a déjà, dans sa structure, une partie des rémunérations qui n'est pas à l'acte. Il écrit : « *s'ils prennent progressivement plus d'importance que le paiement à l'acte, l'intérêt à se regrouper deviendra évident* ».

Dans son livre, le Dr De Haas, voit le fait d'être en groupe comme un avantage en ce qui concerne le développement de ces NMR. [33]

D'un autre point de vue, on peut considérer le fait d'être en groupe comme un inconvénient pour les médecins qui ne souhaitent bénéficier que de la rémunération à l'acte.

Dr I : « Sauf que nous on a mis en place un système qui fait que celui qui fait que de l'acte, financièrement, il est pénalisé. »

### **3.6.2. La création de nouveaux postes**

Les futurs médecins installés sont effrayés par la lourdeur des tâches administratives (comptabilité, formalités administratives...). [11]

Les médecins installés confirment la pénibilité de cette bureaucratisation du médecin généraliste. [2] [18] [41]

De nombreux médecins ont l'impression de ne plus avoir le temps de faire leur métier à cause du temps consacré aux autres tâches.

La judiciarisation et la peur de la prise de responsabilités dans notre société deviennent pesantes pour les médecins généralistes.

En effet, le médecin devient un acteur de déresponsabilisation. Le mois de septembre se transforme en mois des certificats médicaux. Mais peu de médecins vous diront qu'ils examinent un patient pour la signature d'un certificat de pétanque ou de billard...

Nous ne parlerons pas des certificats de compétence psychologique, de ceux autorisant les nourrices à donner du paracétamol...

Outre les certificats, le médecin croule sous les demandes de prise en charge à 100%, les dossiers de demande de reconnaissance de maladie professionnelle, les grilles de demande d'APA, les dossiers MDPH...

Les médecins vivent de moins en moins bien la pression exercée par les organismes de sécurité sociale. [2]

La délégation des tâches administratives pourrait vraiment soulager les médecins.

De plus, le développement de structures telles que les maisons de santé demande plus de gestion qu'un cabinet isolé.

Monsieur le Docteur Legman va jusqu'à aborder le terme d'« assistant de santé ». Une personne qui pourrait à la fois gérer les tâches administratives (accueil des patients, gestion du cabinet...) et des tâches médico-sociales (remplir des questionnaires, éduquer les patients...). [2]

Les nouveaux modes de rémunération, abordés précédemment, pourraient permettre le développement de ce genre de poste. Les maisons de santé des 6 régions concernées par l'expérimentation des NMR ont pu développer leur poste de secrétariat et pour certaines, des assistantes de direction ont même été engagées. [42]

Dans les autres pays Européens, on peut observer une délégation importante de ces tâches, notamment aux infirmières. [43]

Mais le chemin vers le développement de ces nouveaux postes est chargé d'embûches.

Cela nécessitera des formations adaptées, des rémunérations adaptées, une définition très précise de chaque responsabilité, une modification des textes de lois...

### **3.6.3.La notion de maison de santé traitante**

Dans plusieurs entretiens est apparue cette notion de maison de santé traitante.

Dr D : « *puisque pour nous aussi les patients, c'est les patients à nous tous* », « *Il y a les patients de la maison de santé, et les autres* », « *les patients sont les patients de la maison de santé, même s'ils ont leur médecin traitant* », « *C'est un peu comme une structure traitante* »

Dr G : « *être des patients de la structure* », « *il faudrait que ce soit plus des patients de la structure. Des patients suivis par la structure et pas par un médecin...* »

Elle est très loin d'être d'actualité dans les structures rencontrées mais est-ce l'étape suivante ?



De nombreux médecins pensent qu'il serait intéressant de pouvoir déclarer conjointement plusieurs médecins traitants voir de déclarer une structure traitante. Cette possibilité est prévue par la loi (LFSS 2006 : article L162-5-3 du code de la sécurité sociale). En revanche, les systèmes d'informatisation n'ont pas prévu cette évolution, et il paraît impossible aujourd'hui de fonctionner de la sorte. [34]

## VIII. CONCLUSION

L'exercice en groupe constitue l'avenir de la médecine générale en zone rurale. Quasiment plus aucun interne n'envisage de s'installer seul.

Cet exercice en groupe présente de nombreux avantages. Un des avantages cité comme une évidence, est une meilleure gestion du temps de travail, ce qui permet aux médecins de profiter de temps de repos, de se former, ou de diversifier leur activité. Les échanges humains avec le développement de réels liens d'amitié sont également cités. Les échanges professionnels, qui se font de façon formelle ou autour d'un café apportent une vraie réassurance et permettent d'avoir l'avis d'un confrère lors de situations difficiles. En ce qui concerne les échanges interprofessionnels, même s'ils existent, ils sont encore peu développés mais beaucoup de médecins aspirent à cette évolution.

L'aspect économique du groupe est moins net. Une installation en groupe ne rime pas forcément avec une diminution des charges. En effet, l'installation en groupe se fait souvent dans des locaux plus grands et plus modernes, certains investissements peuvent être faits, et il est souvent nécessaire de développer un secrétariat plus important avec 2 ou 3 secrétaires. En revanche, cette augmentation des charges est le plus souvent liée à une augmentation considérable du confort d'exercice. Et, pour les médecins pour lesquels le groupe a fait augmenter les charges, aucun ne souhaiterait un retour en arrière. Ils pensent que leurs revenus augmentent en parallèle et ne pourraient renoncer au confort apporté par ce secrétariat ou par leurs locaux.

Etre en groupe peut faciliter la gestion des urgences par une meilleure disponibilité, et des locaux adaptés. Cependant, on retrouve une augmentation du nombre des urgences et il est parfois difficile de répartir ces urgences, ce qui peut être source de conflit.

Il existe bien entendu des inconvénients à l'exercice en groupe. L'inconvénient le plus souvent cité est l'aspect humain. Les échanges humains ne sont pas toujours simples. Les incompatibilités d'humeur peuvent rapidement entraîner des souffrances chez les praticiens.

De plus, être en groupe implique de nombreuses concessions et des efforts qui peuvent être plus ou moins bien vécus.

Il existe différents moyens de lutter contre les inconvénients. La communication est une clé de la réussite dans l'exercice à plusieurs. Il apparaît primordial de se réunir souvent, et de ne pas attendre qu'un conflit soit déjà présent pour en discuter.

Mais ce n'est pas la seule clé du trousseau. Il est également important de bien connaître ses futurs associés, par exemple en faisant des remplacements au préalable, afin de mieux connaître leurs façons d'être et de fonctionner. Il faut aussi bien lire les contrats, afin de savoir à quoi l'on s'engage précisément et à quoi s'engagent les autres. Un autre point important est celui de bien réfléchir pour

trouver l'équilibre optimal afin de trouver le nombre idéal de médecins pour la population locale et le secrétariat efficient qui va avec.

L'accueil des internes semble une vraie solution pour les différents médecins rencontrés. Cela leur apporte des échanges nouveaux, mais cela assure surtout une pérennité à la structure. Tous les maîtres de stage rencontrés trouvent dans les internes des sources de remplaçants voire de successeurs. Cela permet, d'après eux, de bien amoindrir l'inconvénient du départ d'un confrère.

Afin d'améliorer l'exercice en groupe, on retrouve également d'autres moyens en cours de développement. Par exemple la modification des modes de rémunération, l'apparition de nouveaux postes administratifs, le développement de la pluridisciplinarité.

Les médecins pensent pour la plupart que le fait d'être en groupe est un avantage pour les patients. Pourtant, tous sous-entendent que les patients sont souvent mécontents. Une étude qualitative sur l'avis des patients pourrait être intéressante pour étudier leur ressenti.

Le travail en groupe nécessite donc des connaissances qui ne sont pas toujours acquises à la sortie de la faculté.

On peut donc imaginer une formation complémentaire concernant l'installation avec, par exemple, l'intégration de cours de management ou la délivrance de conseils simples afin de bien choisir son futur lieu d'exercice.

Le Président de la thèse,

Nom et Prénom du Président

Signature *Jérôme ETIENNE*

*Jer*

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le **17 SEP. 2014**

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :

Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité de Coordination  
Des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

## IX. BIBLIOGRAPHIE

- [1] Roger Dachez, Histoire de la médecine de l'Antiquité au XX<sup>e</sup> siècle, Tallandier, 2004.
- [2] Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Mission confiée par le président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, avril 2010 : 46p.
- [3] Juilhard J-M., Crochemore B., TOUBA A., Vallancien G. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Rapport, octobre 2009 : 52p.
- [4] INSEE. Evolution de l'âge moyen et de l'âge médian de la population jusqu'en 2013. Mesurer pour comprendre. Consulté en ligne le 20/12/13 et disponible à l'URL : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=NATnon02147](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02147)
- [5] Le Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Plan 2007-2011, pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Conseil National de l'Ordre des Médecins, juin 2011 : 53p.
- [6] Le Breton-Lerouillois G., et al. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2013 : 233p.
- [7] Lagarde G., Lange J. L'exercice médical à l'horizon 2020. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins, juin 2004 : 34p.
- [8] Attal-Toubert K., Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, études et résultats (DREES), février 2009 : 66p.
- [9] Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Tome 1, rapport 2006-2007 : la médecine générale. ONDPS, 2008 : 179p.
- [10] Berland Y. Commission démographie médicale. Rapport, avril 2005 : 72p. Consulté le 17/08/13 et disponible à l'URL : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_berland.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf)
- [11] Lecoustey M. Propositions sur l'installation des internes. Association des internes de médecine générale de Rennes, Septembre 2012 : 17p.
- [12] Baude N., Flacher A., Bosson J-L., Marchand O. Désirs et attentes des internes de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale, octobre 2007 : 15p.
- [13] Délégation à l'information et à la communication du ministère de l'agriculture et de la pêche. Les zones de revitalisation rurale. Ministère de l'agriculture et de la pêche, 2006 : 8p.
- Consulté en ligne le 08/02/2013 et disponible en ligne à l'URL : <http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/zrr-2.pdf>

- [14] Bourgueil Y., Mousquès J., Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Rapport n° 534 (IRDES), juin 2006 : 69p.
- [15] Boyeldieu P., Arrouch S. Etat des connaissances des médecins généralistes et réalisation d'un travail de synthèse sur les différents modes d'installation. Th. Med. : Lyon : faculté de médecine Lyon Est : 2012 : 138p.
- [16] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Synthèse des travaux de 2 journées nationales (8 février et 9 Avril 2008), EGOS, Avril 2008 : p.6.
- [17] Loiselet-Doulcet B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995. Th. : Med. : Université de Bretagne occidentale : faculté de Brest : 2008 : 65p.
- [18] Barat F. Exercer la médecine générale en zone rurale en 2009 : qualité de vie personnelle et professionnelle. Th. : Med. : Lyon : faculté de médecine Lyon Est : 2009 : 103p.
- [19] Gicquel P. Déterminant de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. Th. : Med. : Nantes : faculté de médecine de Nantes : 2010 : 82p.
- [20] Aulagnier M., Obadia Y., Paraporanis A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premier résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Etudes et résultats (DREES), novembre 2007, n°610 :8p. Consulté le 17/12/13
- [21] INSEE. Profession de santé en 2013. Mesurer pour comprendre. Consulté en ligne le 20/12/13 et disponible à l'URL : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=NATTEF06103](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103)
- [22] URPS médecins de Rhône-Alpes. Démographie des médecins généralistes en région Rhône-Alpes, département de l'Ardèche. Septembre 2012 : p.1-28.
- [23] URPS-RA. Maison ou pôle de santé, état des lieux en Rhône-Alpes. Février 2013. Consulté le 20/12/13 et disponible à l'URL : <http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1609>
- [24] Organisation Mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.  
Consulté en ligne le 11/05/2014 et disponible à l'URL : <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- [25] Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Question d'économie de la santé (IRDES), Septembre 2010, n°157 : 12p.

- [26] Aubin-Auger I. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*, vol 19, n°84, 2008 : p.142-145.
- [27] Côté L., Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie Médicale*, 2002 ; 3 : p. 81-91.
- [28] Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale. 2008, UFR Grange-Blanche : Lyon.
- [29] Blanchet A., Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan, 1992 : 127p.
- [30] Evrard I., Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Baudier F. Exercice de groupe et pratique de prévention en médecine générale. *Baromètre santé médecins généralistes*, 2009 : p.221-237.
- [31] Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. *Etudes et résultats (DREES)*, juin 2004, n°314 : 12p.
- [32] Micheau J., Molière E. Activité et emplois du temps des médecins libéraux. *Etude et recherche (DREES)*, mai 2010, n°98 : 97 p.
- [33] De Haas P. Monter et faire vivre une maison de santé. Septembre 2010 : 173p.
- [34] Acker D. Rapport sur les centres de santé. *Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports*, Juin 2007 : 57p.
- [35] Bourgueil Y., et al. Une évaluation exploratrice des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. Octobre 2009, n°147 : 8p.
- [36] Jeanmaire T., et al. Aide à la démarche qualité dans les maisons de santé : apport d'une enquête de satisfaction auprès des patients, *Santé Publique*, 2009, Vol. 21 : p. 91-101.
- [37] Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Le management de l'équipe. Article consulté en ligne le 12/05/14 et disponible à l'URL : <http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/le-management-de-l-equipe>
- [38] Baudier F., Clément M-C. Recommandations : concevoir et faire vivre une maison de santé, *santé publique*, 2009, Vol.21 : p. 103-108.
- [39] Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Expérience des nouveaux modes de rémunération. Article consulté en ligne le 12/05/14 et disponible à l'URL : <http://www.ffmps.fr/index.php/vous-exercez-en-mds/experience-des-nouveaux-modes-de-remuneration>

[40] Courneau C. Le forfait grignote le paiement à l'acte. Medecinews, janvier 2009. Consulté en ligne le 08/01/13 et disponible à l'URL : <http://www.medecinews.com/898/le-forfait-grignote-le-paiement-lacte.html>

[41] Tcha L. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion. Th. : Méd. : Brest, université de Bretagne Occidentale : 2012 : 340p.

[42] Clément M-C., et al. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux, premiers résultats de l'évaluation exploratoire des maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne. *Santé Publique*, 2009, Vol. 21 : p. 79-90.

[43] Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. Médecine de groupe en soin primaire dans 6 pays Européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? Question d'économie de la santé. IRDES, Novembre 2007, n°127 : 8p.

## X. ANNEXES

### 1. Guide d'entretien commenté

Les phrases qui pourront être énoncées pendant l'entretien sont inscrites en italique. Hormis les phrases d'introduction au thème, les phrases écrites en italiques sont en majorité des phrases de relances. Celles-ci ne seront utilisées qu'en cas de silence ou pour orienter l'interviewé vers des thèmes non abordés.

Ce canevas d'entretien est présenté à la deuxième personne du pluriel, mais les entretiens de certains médecins, sont réalisés à la deuxième personne du singulier.

#### **Introduction pour l'interviewé**

L'entretien commence par une explication à l'interviewé. Ce dernier aura déjà reçu quelques informations par téléphone lors de la prise de rendez-vous, mais peu détaillées afin d'éviter qu'il ne se prépare à l'entretien.

*« Cet entretien entre dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale. »*

*« Cette étude porte sur l'exercice en groupe de la médecine générale en zone rurale. L'objectif est de tenir compte de l'expérience et du recul de médecins généralistes installés »*

Le fait de leur préciser que c'est leur expérience en tant que médecin généraliste qui intéresse a pour objectif de les mettre à l'aise. Il paraît important de les installer dans un environnement rassurant.

*« Vous exercez en zone rurale et en cabinet de groupe, c'est pourquoi vous avez été choisi pour faire partie de ce travail. »*

*Viennent ensuite les informations techniques sur le déroulement de l'entretien.*

La durée : *« La durée de l'entretien va dépendre de vous, mais il dure environ 45 minutes. »*

L'enregistrement : *« Ça ne vous dérange pas si j'enregistre ? »*

L'anonymat : *« La totalité de notre entrevue sera anonyme, à aucun moment je ne prononcerai votre nom durant l'entretien »*

Retour des conclusions : *« Si cela vous intéresse, je vous enverrai les conclusions de mon travail. »*

Avant de commencer, on s'assure que l'interviewé a bien compris et qu'il est prêt.



## Entretien

### **Thème 1 : Présentation générale du praticien**

« Pouvez-vous vous présenter s'il vous plait?, me parler un peu de vous ? »

« Pouvez-vous me donner votre âge, me décrire votre parcours professionnel, ce qui vous semble important à signaler »

### **Thème 2 : Avantage à l'installation en groupe**

« Pouvez-vous me donner les avantages que vous avez trouvés à l'installation en groupe ? »

- « Et en ce qui concerne votre qualité de vie ?, votre temps de travail hebdomadaire ? Vous est-il facile de prendre des congés ? de trouver des remplaçants ? »
- « Au niveau professionnel :
  - Pensez-vous avoir plus d'échanges avec les autres médecins ou les autres professionnels de santé ?
  - Pensez-vous que cela a un impact sur le nombre de vos actes?
  - Pensez-vous qu'être en groupe permet une meilleure gestion des urgences ?
  - Est-ce que cela vous permet d'avoir une activité en dehors du cabinet ?
  - Est-ce que vous faites de la prévention ou du dépistage ? »
- « Est-ce que l'exercice en groupe vous permet de vous former ? de réaliser des groupes de pairs ou des FMC ? »
- « Est-ce que vous y avez trouvé un avantage humain ? »
- « En ce qui concerne l'aspect financier : Est-ce qu'être en groupe permet de diminuer les charges ? »
- « Quel impact l'exercice en groupe a t'il sur les tâches administratives ? »
- « Pensez- vous qu'il y a un avantage pour les patients ? »

### **Thème 3 : Inconvénients à l'installation en groupe**

« Pouvez-vous me donner les inconvénients que vous avez trouvés à ce type d'installation ? »

- « Voyez-vous des inconvénients en termes de qualité de vie ?
- « D'un point de vue professionnel, quels inconvénients pouvez-vous donner ? »
  - « Est-ce que le regard des confrères est problématique ? »
  - « Qu'en ait-il de la gestion des urgences ? »
  - « Le partage des patients constitue-t-il un inconvénient ? »
- « Humainement, est ce que l'exercice en groupe présente des inconvénients ? »
  - « Est-ce que vous avez déjà été confronté à des incompatibilités d'humeurs ou à des conflits ? »

- « Est-ce que l'exercice en groupe présente des contraintes dans les prises de décision ? »
- « L'absence d'un confrère pose-t-elle des problèmes ? »
- « Que pensez-vous de l'aspect financier ? »
- « Que pensez-vous de l'incertitude liée au départ potentiel d'un confrère ? »
- « Pensez-vous qu'il y ait des inconvénients pour les patients ? »

#### **Thème 4 : Recul sur la pratique**

« Que changeriez-vous dans votre pratique pour l'améliorer ?, comment lutez-vous contre les inconvénients que vous avez cités tout à l'heure ? »

- « Feriez-vous les mêmes choix ? »
- « Comment diminuer les charges ? »
- « Comment limiter les conflits ? »
- « Comment assurer la pérennité ? »

## 2. Entretien Dr A

**Alors, est ce que tu peux te présenter s'il te plaît ? me parler un peu de toi, de ton parcours ?**

Alors, j'ai 53 ans, je suis médecin formé à l'université de Lyon, faculté Lyon sud. J'exerce la médecine générale, en cabinet de groupe depuis 23 ans. Je suis marié, nous avons 3 enfants.

J'ai quelques diplômes complémentaires, qui me permettent d'exercer, à savoir un diplôme inter universitaire de médecine du sport, un diplôme inter universitaire de médecine tropicale et un diplôme inter universitaire de médecine manuelle, que je n'exerce pas.

**D'accord, et donc là, tu exerces dans quel type de structure ?**

J'exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire qui rassemble 35 professionnels de santé.

**Ok, est ce que tu peux me donner les avantages que tu as trouvés à l'installation en groupe ?**

Alors, j'ai toujours exercé en groupe, jamais de façon isolée, *raclement de gorge*, et cela bien même avant que notre maison médicale évolue au sein de cette maison de santé.

*Hein hein signe de tête de l'enquêteur.*

Les avantages pour moi à l'exercice en groupe sont multiples. Avant tout, la médecine, ce sont des relations humaines, c'est ce qui me plaît dans la médecine et heu j'apprécie de dire bonjour à nos secrétaires et à mes confrères avant de débiter toute activité professionnelle.

**D'accord.**

Ça c'est peut-être un des éléments les plus importants pour moi.

La deuxième chose, c'est qu'en cas de difficultés, qu'elles soient d'ordre professionnel ou d'ordre personnel, je peux compter sur l'assistance de mes confrères, qui sont devenus plus que des associés ou des confrères mais presque des frères.

Enfin, la troisième chose, je pense qu'en cabinet de groupe, l'exercice professionnel est beaucoup plus riche, dans la mesure où notre secrétariat nous libère de nombreuses tâches et cela nous permet de bien nous centrer sur notre métier, notre métier premier de soignant. Et la deuxième chose, c'est que travailler en groupe permet d'évoluer dans sa pratique plutôt que de rester tout seul, avec ses certitudes universitaires du premier jour qui n'évolueront pas pendant toute une carrière, c'est-à-dire pendant plus d'une trentaine d'années.

Le cabinet de groupe, c'est aussi un progrès scientifique de tous les jours.

### **Par quel moyen, par échange avec les confrères ?**

Par plusieurs moyens, par échange avec les confrères, par exemple sur certains dossiers, ça peut être, un échange...

Cette émulation peut survenir aussi, par des formations communes, je me souviens avoir fait il y a une quinzaine d'années, avec un de mes associés, une formation sur la traumatologie dans le domaine sportif, et c'était très sympathique de partir tous les vendredis à Montpellier avec lui et d'être stimulés l'un par l'autre.

En ce moment je suis en formation pour l'échographie avec l'un de mes associés, et cela est aussi très stimulant. L'intérêt scientifique est aussi de voir par exemple dans le domaine de l'échographie, quand l'un de nous dépiste ou voit quelque chose d'intéressant, il le propose à l'expertise de son confrère.

Et puis il y a les groupes de pairs, les groupes de soutien mutuel, des associations comme la tontine (cf. définitions).

### **Et au niveau de la qualité de vie, est ce que tu crois qu'être en groupe constitue un avantage ?**

C'est une chance ! *Sourire*, bien sûr. L'exercice en groupe permet une meilleure qualité de vie, dans la mesure où chacun des praticiens peut moduler son activité, tout en étant convaincu qu'en son absence, ses patients seront pris en charge par l'un de ses associés. Ce qui permet quand même d'avoir une grande souplesse, une liberté dans sa pratique, de pouvoir s'absenter plus facilement notamment.

*Il boit une gorgée de café.*

### **Et pour toi c'est facile de partir en vacances ? De trouver des remplaçants ? tu n'as pas de difficultés pour ça ?**

Je vais te donner un chiffre, je prends plus de trois mois de vacances par an.

*Rire de l'enquêteur*

Je défie...*Rire de l'interviewé*... Qui que ce soit de prendre autant de congés.

### **Oui, donc c'est loin d'être un problème pour toi.**

Très loin.

### **D'accord. Tout à l'heure, tu parlais de l'avantage humain que tu avais notamment avec tes collègues, est-ce que par contre d'un point de vue médical, vous parlez de vos patients ?**

Alors moi, je suis personnellement très attaché au secret médical. Comme chacun de nous, bien sûr, ça fait partie de...*Racler de gorge*, du contrat que nous avons avec nos patients. Heu...

Et il est évident que ce que nous disent nos patients, ils le confieront pas forcément à d'autres professionnels de santé ou à d'autres médecins que leur médecin traitant. Il est toujours, je trouve, assez difficile heu de parler d'un patient avec un confrère, mais dans des situations sociales compliquées, il est évident qu'il est bien de s'en ouvrir heu à ses confrères.

Ces situations sociales compliquées, ou situations à risque professionnel, quelles sont-elles ?

Elles concernent par exemple les cas de toxicomanie, et les personnes qui sont porteurs d'une infection chronique, je parle heu qui sont séropositifs, porteurs d'une hépatite B, d'une hépatite C, il est évident que si un de mes confrères suture en mon absence un de mes patients séropositif, il est intéressant pour lui que le dossier médical partagé auquel il a accès le mentionne en toutes lettres afin qu'il soit d'autant plus vigilant dans les soins.

Ça c'est la première chose, la deuxième chose, au niveau social, je pense que nous devons partager certaines informations. Il est clair que certaines pathologies sont liées à la précarité. Cette précarité n'est parfois pas exposée car elle est vécue comme, indépendamment de la souffrance qu'elle entraîne, comme une honte pour beaucoup de personnes. Cette précarité explique bien heu des pathologies comme l'anxiété, des pathologies fonctionnelles et il est intéressant que, pour mes confrères qui voit en mon absence ces patients concernés par cette précarité, le sachent rapidement pour orienter plus facilement leur diagnostic.

**Et, *raclement de gorge de l'enquêteur*, par rapport à la gestion des urgences, est ce que tu penses qu'être en groupe facilite la gestion des urgences ?**

Alors oui et non, *il esquisse un sourire*, oui bien sûr car le fait d'être en groupe implique qu'il y ait toujours un médecin sur le site d'activité, ce qui permet à ce médecin d'assister la secrétaire dans la gestion des urgences et de gérer en direct beaucoup de situations d'urgence réelle. Heu cela étant, le fait d'être en groupe et d'offrir à nos patients une présence médicale permanente, augmente le nombre d'urgences que nous avons à traiter.

Ce qui veut dire, qu'en qualité de cabinet de groupe, nous sommes amenés à gérer des urgences de nos confrères exerçant dans la zone périphérique, que ce soit de façon isolée ou eux même en cabinet de groupe. Gérer l'urgence, c'est pas inquiétant, mais c'est surtout prendre du temps, et dans la situation actuelle, c'est parfois difficile.

**Oui.**

Voilà.

**Ça marche. Et vous n'avez pas de difficultés entre confrères à définir qui voit l'urgence ?**

Alors à ce niveau-là, des progrès sont à faire...*Sourire de l'enquêteur*. En ce qui nous concerne, nous avons un système de fonctionnement un peu particulier.

Pendant la saison estivale, il y a une sur-fréquentation de notre bassin d'activités et nous travaillons différemment. Je souhaite que notre système se pérennise pendant toute l'année dès que notre équipe aura intégré de nouveaux collaborateurs ou collaboratrices ! *Grand sourire de l'interviewé.*

**Tout à l'heure, tu parlais du côté modulable de ton temps de travail, est ce que cela te permet d'avoir une activité en dehors du cabinet ?**

J'ai en effet une activité, professionnelle, en dehors de mon temps de travail libéral ici. *Il montre les murs de la structure de la maison de santé.*

J'exerce un jour par semaine au sein des urgences de notre hôpital de référence.

**D'accord. Et est-ce que tu prends aussi ce temps pour faire des formations ?**

Oui tout à fait, par exemple pour mes cours d'échographie.

**Ok. Dans le cadre de la maison de santé, est ce que vous organisez des actions de prévention ou de dépistage ? Est-ce que vous le faites de façon régulière à la maison de santé ?**

Alors, de plus en plus, le rôle du médecin généraliste est du domaine de la prévention, de plus en plus de gens sont traités, d'une façon durable dans le cadre d'une prévention primaire. A l'aube de mon exercice, il y a 23 ans, nous recevions, en tout cas pour ma part, toutes les semaines ou toutes les deux semaines une urgence vitale par défaut de prévention primaire. Parce que, la prévention n'existait pas ou était en train de se mettre en place. Aujourd'hui, nous avons... Notre champs d'activité s'est modifié, et il y a beaucoup moins d'urgences vitales, mais beaucoup plus de prévention, de soins primaires. La prévention c'est avant tout du temps avec les gens pour discuter. Ce temps nous manque parfois, mais je constate que par rapport à il y a une vingtaine d'années, beaucoup plus de personnes viennent nous voir alors qu'ils sont en bonne santé, pour demander un bilan, pour voir où ils en sont et envisager un traitement. Donc oui, je pense que notre activité de prévention a augmenté.

**D'accord. Est-ce que tu penses qu'exercer en groupe représente un avantage pour les patients ?**

C'est un avantage fantastique pour les patients, parce qu'ils sont assurés dans le domaine de l'urgence réelle, de pouvoir bénéficier de l'aide d'un médecin, d'une équipe plutôt, qui connaît son dossier, dans le cas du dossier médical partagé. Heu et cela, en ce qui nous concerne, quasiment 24 heures sur 24.

**Et du coup, je vais en profiter, je sais que tu es maître de stage, est ce que tu penses que si tu avais été tout seul, tu l'aurais fait ? Est-ce que c'est le fait d'être en groupe qui t'as un peu pousser à le faire ?**

Alors, je suis maître de stage depuis quelques années, et cette activité a donné un peu l'énergie à ma carrière. Cela fait partie de l'épanouissement que je trouve à mon exercice professionnel.

Heu...Je...Le fait d'être maître de stage, aussi a permis de lier, de concrétiser des liens d'amitié avec l'un de mes associés. Et il est clair que ça aurait été plus difficile si j'avais exercé de façon isolée.

Le fait d'être en groupe, je pense, pour les médecins maîtres de stage, comme pour les étudiants, permet de, d'accorder plus d'attention aux internes et d'être plus à l'écoute de leur difficultés, quelle qu'en soit l'origine et de pouvoir répondre à leurs attentes plus facilement du fait d'un contact plus direct avec l'autre maître de stage. *Il boit une gorgée de café.*

**En ce qui concerne l'aspect financier, est ce que tu penses qu'être en groupe est avantageux ?**

C'est absolument faux, *il sourit, c'est faux. Il s'enfonce dans son fauteuil.*

Le fait d'exercer en groupe augmente les charges de façon considérable, *il rit.*

*Silence.*

**Pour quelles raisons ?**

Pour quelle raisons. Parce que, *raclement de gorge*, exercer en groupe suppose le partage dans l'absolu d'un équipement en commun, et une participation heu, équivalente, de chacun des associés. Hors, certains d'entre nous sont intéressés par l'utilisation de tel ou tel matériel et d'autres pas. Il est clair que les matériels qui ont un coût significatif sont pris en charge de façon individuelle, mais ce qui est du domaine du consommable, heu...ne...est pris en charge par le groupe.

Par exemple, pour ma part, en parlant de petites dépenses, j'apprécie la technique de mésothérapie, donc je consomme pas mal d'aiguilles de mésothérapie, 2 de mes associés n'en font pas. Je n'utilise pas de stérilet en plastique jetable, je me sens mal à l'aise avec cela, et heu...certains de mes associés les utilisent. Alors que nous participons de façon équivalente à l'achat des aiguilles de mésothérapie et à l'achat des stérilets en plastique. Donc être en groupe suppose une augmentation des investissements individuels, heu, du fait de l'effort collectif.

Une deuxième chose, c'est qu'être en groupe permet de rémunérer un secrétariat qui fonctionne de façon cohérente et correcte et tu sais comme moi que le plus onéreux n'est pas le matériel mais l'investissement en charge des salaires. Donc le fait d'être en groupe augmente de façon considérable les charges et salaires des personnes qui nous assistent.

**D'accord. Et par contre, ça vous libère de pas mal de tâches administratives qui pourraient être pesantes ?**

Exactement, je pense que le fait d'être en groupe permet de nous recentrer sur notre pratique. Le fait d'être en groupe augmente nos charges financières, mais augmente nos revenus du fait que nous sommes plus disponibles pour nos patientèles.

*Silence.*

**D'accord, est ce que tu veux faire une petite pause ?**

Oui je veux bien, *sourire. Interruption de l'enregistrement pendant quelques minutes.*

**Alors est ce que tu peux me donner les inconvénients que tu trouves à cet exercice en groupe ?**

Il y a plusieurs types d'inconvénients à exercer en groupe. Le premier est d'ordre financier, nous l'avons vu, les charges augmentent, mais ceci est un faux problème, car nos revenus augmentant, nous sommes finalement gagnant. *Raclément de gorge.*

Le problème fondamental de l'exercice en groupe, il est d'ordre humain. Parfois, les associés peuvent traverser des difficultés, d'ordre familial, et ces difficultés peuvent retentir sur le reste du groupe.

Ça peut être vécu comme une chance pour la personne qui traverse ces difficultés, mais ça peut être vécu aussi comme quelque chose de pesant et de non souhaité par les autres membres du groupe.

Troisième chose, qui paraît importante, il arrive parfois que les différents membres du groupe ne parlent pas le même langage. C'est ainsi. Il est parfois très facile de communiquer avec certaines personnes et parfois impossible de communiquer avec d'autres, quels que soient les qualités et les défauts de cette personne.

Et heu... Cette situation, qui n'est pas toujours identifiée au départ peut se révéler au fur et à mesure des mois et créer de façon régulière des conflits. *Il a un air sombre.*

C'est une situation que je traverse. *Il lève la tête et regarde l'enquêteur dans les yeux.*

**D'accord.**

**La gestion des urgences, on l'a abordée toute à l'heure, pour toi, le partage des patients quand tes confrères sont ailleurs, ou en vacances, est-ce que pour toi c'est un problème ce partage de patients ?**

Absolument pas, j'ai grand plaisir à ce que mes patients bénéficient d'un autre avis que le mien, qu'ils bénéficient d'un accueil en urgence, et... *il souffle.* J'apprécie toujours de mettre un mot dans le dossier quand j'ai vu le patient d'un confrère, afin de le renforcer dans son rôle de médecin traitant.

**D'accord. L'absence de tes confrères donc ne te pose pas plus de problème que ça.**

Alors l'absence programmée non, par contre, une absence non programmée heu oui me pose un problème dans la mesure où cela constitue une surcharge de travail. Donc si je n'en suis pas averti, ce n'est pas très correct.



**C'est sûr. Et par rapport à l'incertitude liée au départ d'un confrère, est-ce que pour toi c'est un inconvénient ?**

Le départ d'un confrère, *il sourit*, c'est quelque chose de naturel. La vie est faite de changements, quand il n'y a plus de changements, c'est que nous sommes morts... *Rire*. Heu, le changement ne m'effraie pas, le départ d'un confrère ne m'effraie absolument pas. Heu, il faut simplement s'y préparer, cela suppose effectivement un investissement en temps qui n'est pas négligeable. Pour trouver un successeur ou admettre le successeur du confrère, mais c'est aussi une chance pour un groupe d'être toujours en mouvement.

**Est-ce que tu penses qu'il peut y avoir des inconvénients pour les patients ?**

Oui, il peut y en avoir, puisque nos patients *raclement de gorge* savent que leur dossier est partagé par tous les praticiens. Hors, il est clair que certains patients ne souhaitent pas que certaines informations les concernant soient connues de tous les médecins. Certains détails qui leur... qui sont du domaine de leur vie intime, qui sont d'autres domaines...

**Donc l'inconvénient concerne plutôt ce qui relève du secret professionnel ?**

Oui, tout à fait.

**Tu vois d'autres inconvénients à me citer ?**

Sur le fait d'être en groupe ? Heu... Non je n'en vois pas.

**Si tu devais changer ta pratique pour l'optimiser, qu'est-ce que tu changerais ? Ou si tu devais trouver un moyen de lutter contre les inconvénients que tu as cités, ce serait quoi ?**

Alors, il y a un vrai leurre dans l'exercice en groupe. Dans la mesure où la plupart des associés se croisent régulièrement, chacun de nous peut s'imaginer que tout est dit. Hors en fait, nous nous voyons, nous nous croisons, mais il est clair que nous ne discutons pas autant que nous pourrions le faire des problèmes importants dans le domaine de la stratégie, par exemple, dans la gestion du cabinet.

Je veux dire que beaucoup de choses dans l'exercice en groupe peuvent sembler avoir été dites alors qu'elles ne le sont pas.

C'est un des dangers de l'exercice en groupe, comme dans toute collectivité où les gens se voient, que de se dire : « ben on se voit donc tout est dit ». Et quand le désaccord survient, il est d'autant plus douloureux, parce que les associés, certains associés, ont le sentiment d'avoir été trahis. Puisqu'on croit que les choses ont été dites et que la parole donnée n'a pas suffi.

Pour lutter contre ceci, il est évident qu'il faut que les associés se réunissent. Ce qui... au sein d'assemblées générales, ce qui malheureusement n'est pas le cas.

Voilà, la communication est parfois pas aussi simple que ça.

**Et du coup par rapport à la structure, comment vous assurez la pérennité, comment être sûr d'un turn-over des médecins ?**

Alors notre vivier, au jour d'aujourd'hui, ce sont les internes. *Rire des deux personnes.*

Il ne faut pas se leurrer, c'est un objectif...C'était un des objectifs initiaux, heu, des maîtres de stage, je l'avoue, je le confesse. Notre structure est fragile et notre, heu, le nombre de médecins qui exercent dans la structure doit augmenter afin de pouvoir avoir une qualité de vie satisfaisante. La plupart d'entre nous, heu...J'aspire à des journées plus courtes. Sachant que si mes journées sont plus courtes, mes revenus vont diminuer, mais mes charges aussi de façon partielle.

**Tu vois autres chose, pour améliorer la pratique, pour limiter les conflits ?**

Je crois beaucoup aux réunions de professionnels de santé en dehors du travail.

Dans le cadre d'une assemblée un peu festive, comme celle qui nous attend prochainement ici.

Je vois des liens qui se sont tissés avec certains associés par le fait de partager des formations ou des responsabilités communes. Je pense que nous avons vraiment, vraiment intérêt à nous voir plus souvent avec les associés que ce soit dans des cadres professionnels mais conviviaux, les assemblées, les écritures cliniques avec les internes, *raclement de gorge*, ou dans un cadre complètement extra professionnel qui est du domaine de l'amitié.

*Silence.*

**Bien, je te remercie.**

### **3. Entretien Dr B**

**Est-ce que tu peux te présenter s'il te plaît ? me parler un peu de toi, de ton parcours ?**

Alors, moi je suis médecin généraliste installée dans le village de ... (*Non cité pour des raisons de confidentialité*). J'ai 34 ans, Je suis installée depuis novembre heu 2010, oui c'est ça, *elle sourit*.

Donc j'ai fait mon externat à Nîmes, mon internat à Paris, et donc je me suis installée juste après l'internat.

Je sais pas si tu voulais savoir autre chose ? *Elle sourit et ouvre ses mains paumes vers le haut*.

**Oui, pourquoi tu as choisi de t'installer en Ardèche par exemple ?**

Quand je suis revenue de mon internat, mon idée était de m'installer à Ales. Déjà, je remplaçais une jeune médecin installée et je pensais m'installer avec elle. Et puis ça a pas marché. Après, je pensais pas me réinstaller enfin m'installer ailleurs, mais j'ai fait ma vie là, là un peu plus loin, elle montre une direction avec sa main droite.

Ce qui fait que...*Silence*.

**Oui, c'était l'opportunité.**

Oui, mais au début, je ne pensais pas m'installer, je voulais faire que des remplacements. Et puis quand j'ai vu la structure, et quand même, ils avaient besoin de médecins généralistes, je me suis dit : « là quand même, c'est l'occasion, si je veux voir ce que c'est sans être toute seule perdue, c'est l'occasion ».

**Oui, tu n'envisageais pas de t'installer seule ?**

Ah ça non ! *Elle fait non de la tête*. Je voulais une bonne structure, autour de moi, et notamment les secrétaires, qui ont fait pour beaucoup dans mon installation aussi. Parce que, tous les petits problèmes de paperasse que, qu'elles gèrent et que je savais pas gérer moi...

*Son téléphone sonne*.

**Réponds si tu veux.**

Non non c'est juste un message.

**Et tu as des enfants ?**

Alors oui, je suis mariée depuis 2010, *elle sourit*. J'ai un enfant de 2 ans et demi. Voilà.

**OK, alors, est ce que tu peux me donner les avantages que tu as trouvés à l'installation en groupe ?**

Oui, déjà, la peur d'être seule. Enfin... Là, tu as toujours un collègue sur place. Quand je me suis installée, on était 3, maintenant on est 5, en plus, on a des internes, on a parfois des externes. Rien que ça, ça fait beaucoup de gens qui passent, qui tournent. Tu as toujours un collègue que tu peux appeler quand tu as un petit coup de stress ou un vrai coup de stress, un dossier où vraiment t'es bloquée.

Et puis comme je te disais, au niveau administratif, moi ce qui me faisait vraiment peur quand je me suis installée, c'était la gestion administrative : l'URSSAF, l'ARS, tout ça.

**Oui, pour toi, c'était pas tant les tâches du quotidien, c'était vraiment l'installation.**

Ben les tâches du quotidien, je remplaçais déjà depuis un an, donc ça me faisait pas peur. Et puis quand tu sors de la fac, parce que moi c'était ça, j'ai fini la fac en juin, et en novembre je m'installais. Et donc tu as l'habitude de faire des réunions, des formations, tu te rends pas compte de l'isolement dans lequel tu vas être deux ans plus tard. *Elle rit.*

**Et au niveau de la qualité de vie, tu penses qu'être en groupe c'est un bien ?**

Comme j'avais pas d'expérience avant, enfin, j'ai pas travaillé...

**Mais là, est ce que tu as une qualité de vie qui te convient ?**

J'ai envie de te dire non, *elle sourit.*

**Oui oui, tu as le droit ! Rire des deux sujets.**

Mais j'ai du travail, et c'est déjà énorme. C'est un soulagement... d'être en groupe, c'est vrai c'est un soulagement... Mais c'est lourd, je veux dire, la structure est lourde. Parce que ça coûte cher, et pour une femme qui veut s'adapter à sa vie, ben c'est pas du tout possible. En plus, moi j'habite loin, donc je suis absente entre 10 et 14 heures par jour, voire plus, voire 24 heures. Et ça c'est très lourd quoi !

**Et tu travailles comment ? Tu travailles tous les jours ?**

Non, je fais lundi mardi mercredi vendredi. Quatre jours par semaine.

**Et le samedi matin ?**

Alors le samedi matin, j'ai proposé, mais sur le système de garde en fait, heu... c'est un peu compliqué. On tourne en fait et c'est le médecin de garde qui fait le samedi matin. Donc moi au départ, je voulais bosser le samedi matin, mais ça arrangeait pas, c'était compliqué donc non.

**D'accord. Donc tu te sens pas spécialement libre dans tes horaires, et ton travail dans le fait d'être en groupe.**

Non, encore que maintenant un peu plus, mais quand je me suis installée, j'ai calé mes horaires en fonction des autres. Mais c'est vrai que je n'avais pas de contrainte, au départ, donc c'est vrai que ça me semblait logique de faire en fonction de celles des autres.

Là, je commence à gérer un peu plus en fonction de mon planning, mais moi, ce que je voudrais, c'est travailler beaucoup moins pour être plus chez moi pendant les 5 ou 6 prochaines années.

**Et tu crois que ce sera possible ?**

Heu oui ! J'espère ! Rires des deux sujets. Mais oui oui, c'est pas le groupe si tu veux qui pose problème, c'est... C'est la charge de travail. C'est vrai que, je sais pas si quand tu es tout seul, tu peux plus facilement gérer ou dire non. C'est vrai que là en plus je culpabilise par rapport à mes confrères, c'est clair !

**Ouais. Parce que vous travaillez tous de façon équivalente en termes de charge de travail, en volume horaire ?**

En volume horaire, non, je travaille autant.

Mais j'essaie de me faire remplacer les week-ends et pour les gardes.

*Elle boit une gorgée de café.*

**Et pour toi, c'est facile de prendre des congés ?**

Alors jusqu'à maintenant oui, parce que je prenais tout hors vacances scolaires. Mais maintenant que je vais devoir prendre en même temps, ça va devenir beaucoup plus compliqué. Parce qu'on va être nombreux à vouloir les prendre dans la même période et on n'a pas beaucoup de remplaçants.

**Vous avez du mal à trouver des remplaçants même avec les internes qui tournent ?**

Nan, pourtant on a une secrétaire qui fait quasiment que ça ! Elle cherche des remplaçants, elle les connaît tous, elle a une liste... Mais c'est compliqué.

**D'accord. Est-ce que tu penses que tu as beaucoup d'échanges avec les professionnels de la structure ? On va commencer avec les professionnels médicaux ? *Sourire de l'enquêteur.***

Oui, après, ça dépend des périodes. Mais ils sont supers disponibles, on s'entend bien. Après, c'est sûr, qu'il y a des mois où on se voit pas... Des mois, j'exagère un peu mais c'est vrai que mine de rien, il y a des moments où on se voit pas beaucoup.

Mais on essaie de garder un contact régulier, ne serait-ce que par les réunions obligatoires, et puis on arrive à se croiser quand même.

**C'est quoi ces réunions obligatoires ? Vous en avez à quelle fréquence ?**

Il y en a au moins une par mois, le mardi. C'est pour communiquer aussi avec les secrétaires sur la station, vraiment savoir les problèmes qu'on pourrait avoir.

Sinon, c'est ce que je te disais à la tontine (cf. définition), j'essaie de garder 2 à 3 réunions par semestre pour vraiment des échanges cliniques. Et puis voilà, de temps en temps, on essaie de se réunir, de faire des formations...*Elle rit.*

*L'enquêteur lève un sourcil interrogateur.*

Je rigole parce qu'il y en avait une ce matin et j'ai zappé. *Rire des deux sujets.* J'ai honte.

**Et avec les autres professionnels ? Parce que du coup c'est une maison de santé, il y a quoi comme autres professionnels de santé ?**

Dessous, *elle pointe le sol du doigt*, il y a les kinés et les infirmières. Alors les kinés, ils sont sept, je les connais pas tous très bien, mais ils sont très disponibles. Ils connaissent très bien nos secrétaires car ils travaillent beaucoup avec. Et puis même moi, ça m'arrive de descendre quand j'ai une question, quand je veux parler d'un patient.

**Et vous avez des réunions avec eux pour parler de certains patients ?**

Non, ça non. On a des réunions pour apprendre à se connaître, mais c'est vrai que même celles-là c'est pas très souvent.

**Est-ce que tu penses qu'être en groupe, ça permet une meilleure gestion des urgences ?**

Oui. Ça c'est sûr oui. Oui oui. Heu mais en même temps il y a plus d'urgences. Donc heu...

**Et comment vous vous organisez pour les urgences ?**

Pour l'instant, c'est chacun son tour. Les secrétaires veillent à ce que ce soit équitable.

Et puis, après, c'est vrai que quand c'est un de nos patients, elles nous appellent en priorité et on essaie de se libérer, et si on est coincé, c'est un des autres qui la voit.

**Ça marche. Et du coup, tu as une activité en dehors du cabinet ?**

Oui, je suis médecin de la crèche du village. Pour l'instant, ça m'a pas demandé trop d'investissement. *Elle sourit.* Si au départ, on avait fait une réunion et elles m'avaient posé pas mal de questions, donc j'avais dû faire pas mal de recherches. Et puis, heu, ils m'ont pas sollicitée très souvent. Ils m'appellent quand ils ont une question ou pour des signalements. Et là, je vais les revoir en février, et on espère travailler un peu plus ensemble. Et moi ça m'intéresse...

Je sais pas pourquoi, *elle rit*, mais ça m'intéresse. Je trouve que c'est un autre côté de la médecine, et je sais pas si je les aide beaucoup, mais si je les rassure, c'est déjà ça. *L'interviewé sourit et hausse les épaules.*

Et puis je vais à l'hôpital local aussi.

**Tu y vas combien de fois à peu près par semaine ?**

Entre une et quatre, *elle sourit*, ou plus. Pour les patients de médecine, c'est facilement quatre fois par semaine.

**Et du coup, est ce que le fait d'être en groupe te permet de te libérer par exemple une journée pour des FMC ?**

Alors, pour les FMC, j'essaie de me faire remplacer. Mais j'en fais pas beaucoup parce qu'on n'a pas trop le temps. Mais du coup j'essaie de les faire en fin de semaine, comme ça, ça fait quatre jours et j'essaie de me faire remplacer. Mais même pour le loisir hein ! Prendre des longs week-ends c'est bien aussi. Mais j'essaie de me faire remplacer. Après, tu pars toujours plus tranquille quand tu sais que tes collègues sont là. On le fait un peu tous hein. Quand on part plus tôt, les autres sont là.

**Oui, donc même si pour une fois tu te trouves pas de remplaçants, c'est pas un drame, parce que vous le faites un peu tous.**

Voilà. Si vraiment on est embêté, on en parle aux autres. Mais je pense qu'on fait vraiment tous attention, on est tous comme ça, on fait vraiment tous attention à l'activité des autres. On essaie au maximum d'assumer nos absences. On prévient...Moi si je dois prendre mon vendredi, j'essaie de travailler le plus tard possible, pour que ce soit pas le rush, et ils font tous pareil.

**Oui donc ça fonctionne.**

Ben oui, parce qu'on se dit pas : « ben lui quand même il abuse ! ».

**Hum, tout à l'heure tu abordais un peu le côté financier, est ce que tu penses que le fait d'être en groupe diminue les charges ?**

En théorie oui. J'ai jamais eu de cabinet à ma charge à moi toute seule. Mais heu, *elle souffle*, c'est extrêmement lourd là !

Donc je saurais pas dire si ça me coûterait moins cher d'être seule. Je t'avoue que des fois, je me pose la question, mais après j'y trouve quand même plus de... Pour l'instant, je trouve quand même plus de raisons de rester que de partir.

**Oui, tu as quand même un certain confort.**

Oui ça peut justifier une dépense plus importante. Et puis, j'ai pas envie de partir, ça fait à peine trois ans que je suis installée, j'ai pas envie de partir.

### **Et vous avez du matériel aussi ?**

Ouais, ça c'est génial.

Et au début, c'était super super important, parce que jamais, en t'installant seule, jamais tu peux t'acheter un matériel pareil. Et y a plein de trucs que je fais et que j'avais jamais vus ailleurs. Si c'était pas ici, j'aurais jamais su le faire. Donc ça c'est génial, j'ai acquis un savoir-faire grâce à ça.

### **Oui, donc ça justifie un peu les charges.**

C'est pour ça. Parce que on me le dit souvent hein : « mais pourquoi tu restes ? ». Ben voilà. Parce que des fois, il faut savoir payer aussi pour son confort. Même si les horaires sont difficiles.

### **Oui et puis au niveau de l'intérêt professionnel...**

Oui, quand je dis confort, c'est plus au niveau... Déjà c'est vrai qu'on s'entend bien, et vraiment, ça permet d'avoir une activité qui est un peu plus variée. C'est pareil, je vais pouvoir m'intéresser à des trucs que je fais pas moi parce qu'un collègue va le faire et que si ça m'intéresse et ben je vais le voir. Alors que quand t'es seule, ben t'es seule.

### **Et ça t'arrive d'aller voir tes collègues pour leur poser des questions ?**

Oui, c'est pas au quotidien mais oui. Et puis même, ça peut nous arriver de discuter le soir. Des fois, quand il tape à ma porte, je suis en train de réfléchir à un truc qui m'a embêtée, et on en profite pour discuter.

### **Oui donc il y a quand même pas mal d'échanges.**

### **Au niveau des tâches administratives, du coup le fait d'être en groupe, ça t'en enlève pas mal ?**

Oui, c'est énorme ! *Elle rit.* Et puis en plus, toute seule, je sais pas si j'aurais pu prendre une secrétaire, un comptable... Alors que là, je me suis juste ralliée à ceux du cabinet et c'est juste énorme !

### **Oui, donc pour toi ça c'est un des gros avantages. Pour toi, la qualité de vie, c'est pas encore ça, mais pour l'administratif, être en groupe c'est un gros avantage.**

Oh ça oui.

### **Et est-ce que dans le cadre de la MSP, vous avez mis en place des séances d'éducation thérapeutique ou de prévention ?**

C'est en train de se monter.



En fait, il y avait eu un premier essai et ça avait capoté. Après, la façon dont est monté le projet, on y croit ou pas. Mais là, il y a un nouvel infirmier, c'est vrai que le projet s'est modifié et on adhère tous mieux à ce nouveau projet. Donc ça oui, c'est en train de se mettre en place.

**Ok. C'est vrai que c'est pas encore très développé dans les MSP.**

*Elle sourit.* Mais c'est vrai que ça c'est encore à l'initiative de... *elle montre un des bureaux de la MSP.*

*Sourire des deux sujets.*

**Ah mais c'est partout, il y a toujours un meneur.**

Parce que c'est vrai que c'est dur de tout faire. Ça demande beaucoup de temps, d'investissement, tu as déjà pas de temps pour toi, donc... Mais c'est tout à son honneur, parce que franchement il y passe du temps.

**Est-ce que tu vois d'autres avantages à me citer ?**

Heu, les secrétaires quand même, qui sont nombreuses, du coup il y en a toujours une. Et puis, on a des secrétaires géniales. Elles sont super dispos, attentionnées, elles nous connaissent tous par cœur, avec nos petites manières, nos petits défauts, les trucs à respecter... Tout ça. On peut les appeler même le week-end, j'ai appelé une fois parce que la porte était coincée, elle est venue pour m'ouvrir... C'est top.

**Oui c'est clair, moi c'est pareil, le soir si je me perds en visite, même tard, elles répondent toujours.**

Voilà, c'est ça ! Et toujours contentes, enfin c'est top.

**Et si on passait aux inconvénients maintenant...**

D'accord, *elle sourit.*

**Est-ce que tu peux me citer les inconvénients que tu trouves à cet exercice en groupe ?**

Heu, ben moi... Oui je culpabilise quand même, d'essayer de réduire mes horaires. La demande est énorme, on sait qu'elle va être de plus en plus forte, et arriver à dire stop, à dire ça je veux pas faire, c'est assez dur. Surtout quand tu n'as pas l'expérience. J'ai remplacé, mais c'est pas la même expérience. Et donc je suis arrivée ici sans savoir comment je voulais travailler. J'avais une idée mais...

Tu te laisses manier un peu à droite à gauche, tu te laisses un peu embarquer.

C'est très difficile, moi j'arrive pas à regarder mes confrères et à dire : « nan nan mais moi je m'en vais à 5 heures et vous vous débrouillez ». Ça je sais pas faire. Déjà, je viens juste, ça fait qu'une semaine que je viens plus tard le matin et c'est déjà énorme...*Elle rit.*

**Oui, tu ressens une certaine pression.**

C'est moi surtout qui me la mets car eux ils ne me le demandent pas. C'est difficile, c'est même pas leurs regards, c'est que moi j'assumerais pas. C'est un inconvénient du groupe mais qui ne vient pas du groupe mais de moi.

Il y a ça et puis le coût de la structure.

**Et par rapport aux rapports humains, est-ce que pour toi le fait d'être en groupe pourrait être un inconvénient ?**

*Silence.*

**Par exemple, est-ce que il y a parfois des conflits ?**

Non, on n'a pas de conflit. Il arrive que, je sais pas comment te dire, des fois on se gonfle un peu, mais ça reste en toute bonne humeur. En fait, je me rendais pas franchement compte. C'est l'équipe de journalistes la semaine dernière qui a fait une petite réflexion comme quoi ici il y avait une bonne cohésion. Et ça m'a percutée après coup. Et je me suis dit : « quand même, c'est vrai, pour être 5, on s'entend bien quand même, plus les internes, on s'entend bien ».

**Donc pour toi, il n'y a pas d'inconvénient au côté humain.**

Pas spécialement. On a tous nos petites manies, on a nos façons de voir qui correspondent pas aux autres, en plus moi je suis une femme donc il y a des trucs qui leurs conviennent pas. Chacun, notre façon de gérer les urgences ou de les concevoir, enfin tu vois... Y en a pas un de nous qui est d'accord...*Elle rit.* Et pourtant on s'entend bien.

**Oui et puis on y reviendra après, mais le fait de se réunir assez souvent ça peut aider.**

Oui je pense. Ça c'était déjà en place quand je suis arrivée et ils y tenaient et ils ont raison, si ça fonctionne c'est sûrement grâce à ça.

**Est-ce que le regard de tes confrères sur ta pratique professionnelle te pose problème ?**

Un peu moins maintenant, c'est sûr qu'au début...*elle rit.*

Tu te sens encore interne, en plus tu cherches tes repères, même si tu as remplacé, tu cherches tes repères, avec ta patientèle, dans le cabinet, avec tes confrères, dans tes horaires... Voilà.

Donc beaucoup moins maintenant. Mais oui de temps en temps. pas tous les jours, mais quand je vois un patient de confrère tu vois...

Ou quand tu sais qu'un de tes patients va être vu par un confrère, sur le coup tu te dis... Et puis finalement, c'est tous tes patients et de toute façon tu les prends tous en charge du mieux que tu peux, donc voilà.

**J'en ai pas parlé tout à l'heure, mais est-ce que tu vois des avantages ou des inconvénients pour les patients dans le fait d'être en groupe ?**

Oui, l'avantage évident, c'est qu'on essaye qu'il y ait toujours quelqu'un de disponible le plus rapidement possible. Au moins dans les 48 heures. Parce que tu vois, on a facilement dix jours de délais, certains d'entre nous ont jusqu'à trois semaines. Moi pas encore, *elle sourit*.

Donc c'est vrai que ça permet quand même de pallier aux urgences ou mini urgences. Et parfois, c'est très bien d'avoir un regard différent, même des internes. Moi j'encourage mes patients à voir les internes, surtout les chroniques. Je leur dis : « c'est très bien que vous voyez quelqu'un d'autre » parce que c'est vrai que moi je peux passer à côté d'un truc. Mais par contre, c'est vrai qu'ils n'aiment pas ça. Ils ont l'impression, et ils le disent parfois, d'être dans un dispensaire. Ils n'ont plus l'impression d'être dans le cabinet familial un peu intime. Oui, ça, il y en a beaucoup qui le vivent assez mal.

**Oui, ils n'ont plus l'impression d'être avec leur médecin traitant.**

Oui à la fois dans la structure, dans la pièce, et à la fois avec le médecin traitant. Des fois le médecin traitant, il le voit plus du tout. Moi, j'ai des patients, je les vois une fois sur cinq quand ils viennent, tu vois ? Et c'est vrai que parfois c'est frustrant, même pour nous.

De temps en temps, j'ouvre un dossier, et je me rends compte qu'il est venu 5 fois et que je l'ai pas vu, c'est un peu pénible, mais au moins, il y avait quelqu'un.

**Oui, c'est la contrepartie.**

Oui, et ils le comprennent. Et en même temps, on est toujours disponible quand même, si un confrère voit quelque chose qui l'a un peu choqué, il le dit : « voilà, j'ai vu ton patient... »

Et s'il le voit et que je suis là, il passe un coup de fil. Souvent les internes, quand il voit un patient, il m'appelle, et si je peux, je vais dire bonjour, sinon, je donne un avis téléphonique. C'est pas non plus... Je suis pas non plus complètement absente.

**Et vous avez les dossiers partagés ?**

Oui oui, et à chaque consult, on met un mot.

**Oui donc ça reste coordonné.**

Oui, c'est pas du perdu !

**Donc oui, il y a les deux, l'avantage d'être reçu et l'inconvénient d'être baladé.**

Oui, mais je pense que les patients le vivent vraiment mal. Parce que quand même, ils nous le reprochent souvent. Pourtant, je pense que c'est énorme le bénéfice que ça leur apporte. Parce que sinon, vraiment, ils auraient trois semaines de délais pour la moindre urgence.

**Pour la gestion des urgences, on a vu tout à l'heure le côté avantage, est ce que tu vois un inconvénient ?**

Heu, oui parce que... Enfin oui... En fait, j'aime pas spécialement les urgences, j'ai toujours peur de la traumato... Tu vois le gars qui se coupe la jambe à la tronçonneuse. *Elle montre sa cuisse droite en dessinant un trait mimant une plaie.* C'est pas mon truc, et de temps en temps...

**Ben il y en a oui !**

Et oui ! *Elle rit.* Mais c'est vrai que j'ai l'avantage d'avoir des confrères, donc si je suis dépassée, j'appelle un confrère. Donc même si c'est moi qui gère, j'aurais leur avis, ça détresse déjà. Bon ça arrive pas si souvent que ça mais... C'est vrai que quand c'est des choses qu'on n'aime pas faire et qu'on est tout seul... Mais c'est vrai que si j'étais seule dans un cabinet, déjà, il y a plein de trucs que je ferais pas, que j'enverrais aux urgences.

**Donc pas tellement d'inconvénient ? Ca les augmente un peu en nombre mais sinon pas plus que ça.**

Ca les augmente oui ! Mais je sais pas si c'est lié au fait d'être en groupe ou si c'est lié à la taille de la structure. Les gens viennent ici, souvent... C'est assez étrange en fait. Ils nous reprochent d'être comme un dispensaire, et en même temps, c'est leur façon de faire.

*Silence.*

**Et heu, au niveau des prises de décision, est ce que tu trouves difficile d'être en groupe ?**

Tu veux dire sur la gestion du cabinet ?

**Oui, est ce que tu trouves pénible de devoir toujours t'en référer au groupe ?**

Non, parce que toute les décisions sont prises ensemble. Et il y a pas beaucoup de...

Il y a quelques trucs, quelque gestion d'urgences où on n'a pas toujours été tous d'accord, mais on en a discuté et on s'est toujours arrangé à l'unanimité donc... Pour essayer de fonctionner ensemble, je pense que c'est vraiment important.

**Et par rapport au départ potentiel d'un confrère, est ce que ça pourrait être un inconvénient pour toi ?**

Alors c'est un inconvénient parce qu'on sait qu'il va falloir gérer ses patients... Enfin a priori. J'espère qu'il trouvera un remplaçant ! *Elle sourit.*

Et ça stresse beaucoup ses patients, enfin, ça fait trois ans que ça les stresse. *L'enquêteur comprend alors que c'est une situation rencontrée dans la structure.*

Mais après, ça fait partie de la vie.

**C'est pas quelque chose qui t'angoisse.**

Si, c'est vrai qu'on y pense pas mal en ce moment, parce qu'on sait que s'il trouve pas, on va devoir récupérer tout plein de patients, et que ça va être compliqué. Mais voilà, on le fera comme on l'a déjà fait. Je pense qu'on a connu pire.

**Et du coup au niveau du recul sur la pratique, quel moyen tu verrais pour lutter contre les inconvénients que tu as cités ?**

Alors, déjà pour moi, apprendre à dire non ! *Elle rit et mime le non de la main.* Il faut que je m'assume un jour, mais je pense à aller voir un psychologue... *Rires.*

Heu... Qu'est-ce que j'ai dit d'autre comme inconvénient ?

**Les charges...**

Ben pour ça, il n'y a pas grand-chose à faire.

**Tu ne vois pas de moyen de les faire baisser ?**

Ben on les cherche... On fait tout ce qu'on peut pour baisser les charges, tous. Mais on n'a pas trouvé de solution miracle.

**Et pour les patients, par rapport à leurs ressentis, vous en parlez ensemble ?**

Oui, on en parle souvent. Et aussi avec les secrétaires, parce que c'est un vrai problème pour elles.

C'est vraiment dur. Moi mon plus gros problème, je m'en rends compte, c'est que c'est pas normal la façon dont elles sont considérées. Elles ont un boulot où elles se font crier dessus toute la journée, et ça ça me gêne.

**Tu prêches une convaincue !**

Elles sont capables de soulever des montagnes pour les patients et tout ça pour se faire crier dessus en permanence. Je comprends même pas qu'elles viennent encore bosser.

Et on les soutient pas toujours, enfin on essaye mais des fois, on s'aperçoit de rien. Des fois on met trois semaines à se rendre compte qu'il y en a une qui boite. J'exagère, mais c'est un peu ça.

Ça c'est un vrai problème et on n'arrive pas à trouver un moyen pour qu'ils soient plus corrects et qu'ils se rendent compte du travail qu'elles font.

**Et du coup pour limiter les conflits ?**

Ben on a les réunions où on échange, et où surtout on écoute les secrétaires, car c'est elles qui se rendent compte des problèmes car c'est à elles que se plaignent les patients. Elles sont un intermédiaire entre les patients et nous.

**Ok.**

*Silence.*

**Je te remercie.**

#### 4. Entretien Dr C

**Alors est ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plait ? Me parler un peu de vous, de votre parcours ?**

Heu, je m'appelle...J'ai 35 ans, je viens de la région Stéphanoise. J'ai commencé mes études, enfin, la fac de médecine à Saint Étienne. J'ai fait mon internat à Dijon, en Bourgogne.

**C'est vrai ? Moi je suis dijonnaise. Sourire des 2 sujets.**

Oui oui, et j'ai fait plusieurs semestres en Saône et Loire, à Paray le Monial.

**Ok.**

J'ai passé ma thèse en 2010, après, j'ai fait quelques remplacements, surtout pendant des congés maternité, et ensuite, j'ai fait une collaboration libérale de mai à décembre 2013. Et là, je suis installé ici depuis le premier janvier 2014.

**Et les remplacements que vous avez fait, c'était déjà ici ?**

On peut pas se tutoyer ?

**Oui, oui, pas de soucis, ça m'arrange aussi !**

Bien. Alors non, les remplacements, je les ai faits en Bourgogne. Il y a que le dernier que j'ai fait ici.

**Et t'étais originaire du coin ou... ?**

Pas du tout, je venais en vacances quand j'étais gamin. Saint-Etienne c'est pas très loin, et du coup, on venait facilement en vacances dans le coin.

**Et tu avais toujours voulu travailler en groupe ou ça s'est fait simplement comme ça ?**

Ben non, les remplacements que j'avais faits avant, le médecin était seul sans secrétaire, et c'était très bien aussi, mais c'était pas du rural. Et travailler seul, en rural, c'est pas possible.

**Surtout ici, avec l'été.**

Ouais, ouais ouais. *Il sourit.*

**Et là, dans la structure, comment ça marche ?**

Alors, on est 5 médecins, on est dans une SCM, elle-même incluse dans une SCI avec deux dentistes. Mais on travaille de façon indépendante. C'est pas une maison de santé.

**Ok. Il n'y a pas d'infirmières ou de kinés ?**

Alors les kinés, ils sont de l'autre côté du bâtiment. Mais c'est en projet.

**Ok donc 5 médecins.**

Oui dont 3 de moins de 35 ans. On est une des maisons médicales les plus jeunes d'Ardèche.

**Et du coup, quels avantages tu as trouvé à l'installation en groupe ?**

Alors déjà, l'installation en groupe, ça permet de mieux gérer ses horaires. Pour te donner un exemple, déjà, on est 5, et on prend un jour par semaine chacun. Seul, c'est pas réalisable.

Aussi, le fait de pouvoir échanger avec les collègues et de pas se sentir seul.  
C'est clair.

**Et pour la gestion des urgences, comment vous fonctionnez ici ?**

Alors, on a une salle d'urgences. L'accueil entre guillemets, *il mime les guillemets*, est fait par les secrétaires ou par l'un de nous si on est là.

Elles évaluent l'urgence et contactent l'un d'entre nous. Et si c'est à l'extérieur, le 15 nous appelle directement.

**Et vous avez un système d'astreinte ? Qui définit quel médecin voit qui ?**

Heu c'est pas défini, c'est celui qui est libre. Et pour le soir, ça dépend. En hiver, on est couplé avec ... (il cite le nom d'un village proche) et là tout est régulé par le 15...

**Non mais par astreinte, j'entendais un système de roulement pour la gestion des urgences de jour.**

Ah ok. Non ben en fait c'est plutôt au feeling. C'est celui qui est dispo.

**Et ça va, il n'y a pas de tension par rapport à ça ?**

Non, ça va. On n'est pas des fous-furieux de l'urgence, donc c'est pas la bagarre en général...*Il rit.*

**Et il n'y a pas de bagarre dans l'autre sens ? *Rires des 2 sujets.***

Non. Non non. C'est vrai que quand même, nous les jeunes on préfère consulter que perdre une heure à gérer l'urgence, mais c'est pas un problème.

**Et vous avez des échanges entre vous au niveau professionnel ?**

Ouais, alors c'est pas formel, mais s'il y a quelque chose qui nous titille, on en parle bien sûr. On a le sacre sain café autour duquel on parle de tout. *Rires des deux sujets.*



**Et vous échangez aussi au niveau personnel ?**

Ah oui. Et sur les 3 jeunes, il n'y en a aucun du coin. La fille vient de Montpellier, moi de Saint Etienne, et l'autre de Besançon. Donc c'est vrai que quand on est arrivé en Ardèche méridionale, forcément, ça crée des liens.

**Oui c'est clair. Et vous vous voyez en dehors du boulot ?**

Oui.

**En plus, vous avez tous des enfants du même âge.**

Ben moi je vais avoir une petite fille en Avril, lui, a un petit garçon, et (*il cite sa collègue*) a une petite fille aussi. Donc c'est vrai que c'est sympa.

**Et par exemple, est-ce qu'être en groupe vous permet de faire des FMC ? Soit sur votre jour de libre, soit à d'autres moments ?**

Non, franchement, si on devait faire des FMC, ce serait sur les week-ends ou tard le soir. Et en fait ça nous emmerde d'aller faire des formations à 20 heures à Aubenas ou à Vals. Donc non.

**Et heu, est ce que tu as une activité en dehors du cabinet ? Il y a un hôpital local ?**

Alors non, il n'y a pas d'hôpital local. Il y en a un à... (*Il cite le nom du village contigu*). Sur nous 5, il n'y en a qu'un seul qui va à l'hôpital local. Par contre, on a une EHPAD, où on va tous, et des foyers de vie type CAT où on va pas mal.

**Ok. Et le samedi, vous travaillez comment ?**

En général, on fait un samedi sur trois l'hiver et un sur deux l'été.

**C'est pas mal comme ça. Sourire de l'enquêteur. Au niveau des patients, est ce que vous pensez qu'être en groupe est un avantage pour eux ?**

Heu oui je pense, oui honnêtement. Ils ont plus facilement heu...le choix du médecin. Ils peuvent choisir un médecin traitant car ils ont eu un bon feeling sur une consult, mais c'est pas lié sur la longueur, donc s'ils veulent ils peuvent changer. Donc ça leur offre cette possibilité-là. Et à nous aussi d'ailleurs.

Parce que ça marche dans les deux sens. C'est quelque chose de positif.

**Et par exemple au niveau de la disponibilité, vous arrivez à être disponible dans la journée pour les patients ou... ?**

Ben, on s'est arrangé si tu veux. Tous les matins il y a un médecin qui reçoit sans rendez-vous. Ça existait pas il y a un an et demi. Il y a un paquet de patients qui ont fui parce qu'il y avait quinze jours d'attente. Donc il y a eu ce système de mis en place.

**Oui, en fait c'est un peu ce que j'appelais tout à l'heure par abus de langage le système d'astreinte. Je voulais parler de quelqu'un qui gère le sans rendez-vous et l'urgence.**

Ah ok. Oui voilà. Donc le matin, il y a tout le temps quelqu'un pour les urgences.

**Mais par exemple est ce que ces matins-là vous faites des renouvellements ?**

Ah non, le sans rendez-vous c'est vraiment que pour les urgences. Pas de renouvellement, pas de certificat, que les urgences. Ou du moins ressenti. Mais il faut se battre. C'est un travail de longue haleine. Pour les éduquer c'est pas facile. Il faut rabâcher.

**Par rapport à la prise de vacances ? Comment ça se passe ?**

Alors, on a un remplaçant régulier. Qui fait des rempla ici depuis douze ans. Et là, on va en prendre un deuxième. On a trouvé un jeune interne de je ne sais plus quelle fac. Car on va être deux à partir en même temps.

**D'accord. Et ça ne pose pas de soucis ?**

Ben moi pour l'instant, je n'ai jamais eu de soucis pour prendre des vacances. Et le remplaçant, ni il n'est marié ni il n'a de gosse, donc c'est vrai qu'il est assez disponible.

**Est-ce que tu penses qu'être en groupe diminue les tâches administratives ?**

Nan. Nan.

**Comment vous fonctionnez pour le secrétariat ?**

On a trois secrétaires qui sont à 75-80%.

**Et elles font que l'accueil téléphonique ? Elles ne font pas d'administratif ?**

Si, si si, mais il y en a de plus en plus. Merci la sécu ! *Il sourit.* Mais j'ai pas l'impression, je compare avec les rempla que j'ai fait du médecin qui travaillait seul, j'ai pas l'impression de faire moins d'administratif. J'étais pas plus submergé qu'aujourd'hui par les tâches administratives.

**Au niveau financier, est ce que tu penses qu'être en groupe diminue les charges ?**

Nan. Nan parce qu'on a justement les secrétaires. Nan nan ça diminue pas. Et en plus le fait de faire des maisons de santé ça les augmente encore plus.

**Et vous louez les locaux ?**

Oui, alors pour te donner une idée, je donne 2000 Euros par mois, loyer compris qui est reversé aux médecins plus anciens qui eux avaient acheté. Heu, mais non, ça les diminue pas.

**Et là, tu parlais d'un projet en cours, du coup c'est quoi ?**

On veut faire une maison de santé pluridisciplinaire, donc médecins, infirmières, et les dentistes qui auront toujours le même rôle, et kiné éventuellement. Mais voilà, avoir tout le monde sur le même lieu, surtout les infirmières. Parce que là, pour se voir, c'est la croix et la bannière.

**Parce que là, elles sont où ?**

De l'autre côté du bâtiment. Il faut sortir, monter... Et en fait elles font des permanences une heure par jour, mais sinon elles sont pas dans les locaux.

**Et l'objectif à terme ce serait de faire vraiment du pluridisciplinaire ? De travailler vraiment en équipe ?**

Oui, ouais. Après sans rajouter trop d'administratif non plus, ni de faire de la réunionite non plus. Mais oui, pouvoir plus partager.

**Ok. Est-ce que tu vois d'autres avantages à me donner ?**

Heu... Non ben non, on a parlé de la gestion du temps, de l'échange avec les confrères, des relations avec les autres...

*Silence.*

**Et de l'avantage pour les patients.**

**Et du côté financier du coup qui n'est pas un avantage...**

Non c'est pas un avantage.

**Et des tâches administratives qui ne sont pas diminuées.**

**Bon et bien on va passer aux inconvénients. Qu'est-ce que tu citerais comme inconvénient comme ça spontanément?**

Au fait d'être en groupe ?

**Oui.**

*Il joue avec un stylo.*

Les charges.

**Ok. Et je ne t'ai pas demandé, vous partagez quoi ?**

L'appareil électro, pour les sutures on a heu... un stérilisateur. Et puis après, tout le petit matériel et surtout, les secrétaires.

**Est-ce que le regard de tes confrères sur ton travail, ou sur tes horaires peut poser problèmes ?**

Pas du tout.

**Jamais tu t'es posé la question ?**

Non, absolument pas.

**Alors, on en a parlé un petit peu tout à l'heure, mais est-ce que tu penses que le fait d'être en groupe est un inconvénient dans la gestion des urgences ?**

*Silence.*

**Par exemple te sentir obliger de sortir sur une urgence à la place de quelqu'un d'autre est ce que cela peut être un inconvénient ?**

Complètement. C'est d'ailleurs ce qui nous refoule dans le fait d'être médecins correspondants SAMU.

**Vous êtes tous médecins correspondants SAMU ?**

Pas du tout houla...non. Deux voire trois qui sont à peu près motivés pour le faire, mais nous avec (*il cite un de ces collègues*) on n'est pas chauds du tout. Pour moi, c'est justifié le statut des médecins pompiers. Mais on est pas (*il appuie sur le pas*) des médecins-pompiers.

Mais pour en revenir à nos moutons, oui, sortir faire une heure de route pour une urgence alors que ta salle d'attente est pleine, c'est un problème. Et quand on est en groupe, il en faut un.

**Oui et du coup, vous arrivez à y aller à change tour ? C'est pas encore une contrainte à ce niveau-là ?**

Pas encore...*Il rit*. Mais c'est vrai que ça pourrait être un inconvénient.

**Est-ce que voir les patients de tes confrères peut être un inconvénient ?**

Non. Non non pas du tout. Et qu'ils voient les miens, non pas de problème.

**Et vous voyez les patients de confrères même pour les renouvellements ?**

Non, les secrétaires font le tri à ce niveau-là. Non non, il y a quand même un côté moral au contrat.

**Et pour eux, est ce que tu penses que ça peut être un inconvénient d'avoir un médecin en groupe et de ne pas toujours voir son médecin traitant ?**

Nan. Et puis de toute façon il faut qu'ils s'y fassent. Ceux qui sont restés sur le médecin isolé qui travaille de 6 heures du matin à 23 heures le soir, forcément, ceux-là ne sont pas contents. Mais c'est comme ça. Mais la médecine évolue, les médecins ne sont plus les mêmes...

**Heu, au niveau des incompatibilités d'humeur, bon là vous êtes trois jeunes, mais est-ce qu'il a pu arriver des conflits avec les médecins déjà installés par exemple ?**

Non, on est plutôt accueilli à bras ouvert. *Il mime un câlin, ce qui déclenche le rire des deux sujets.*

**Oui, donc il n'y a pas eu de conflit pour l'instant ?**

Non non du tout. Et c'est des collègues qui sont très sympas et ouverts. Je pense que s'il arrive un problème, on pourra en parler avant que ça n'arrive au conflit.

**Et vous vous voyez justement pour parler de la gestion du cabinet ?**

Ouais, y a des réunions à peu près deux fois par an. On fait une réunion à la fin de la saison et une au milieu de l'hiver. En ce moment on se voit un peu plus car il y a le projet de MSP en plus. Mais sinon au minimum deux fois par an.

**Et l'absence des confrères, on a vu que pour les vacances vous prenez toujours des remplaçants, mais par exemple pour un jour ou deux, comment ça se passe ?**

Ben ça dépend de la période car c'est pas du tout linéaire. Mais bon si ça arrive, on essaye d'absorber. Pour te donner une idée, nous les jeunes on consulte toutes les 20 minutes mais si il faut on passe à 15. Tu sais que tu augmentes ta journée. T'es a plus dix dans ta journée.

**Donc c'est pas tellement une contrainte ?**

Non mais ça peut l'être. Notamment, j'y reviens, avec le médecin correspondant SAMU. Car tu peux être remplacé que par des médecins qui ont l'habitude de faire les remplacements de médecins correspondant SAMU et qui ont fait la formation, sinon, c'est un de tes confrères qui joue ce rôle.

**Oui, donc se sera moins facile de trouver les remplaçants.**

Ah ben oui.

**Au niveau de l'incertitude par rapport au départ potentiel d'un confrère, je ne sais pas quels âges ont tes autres confrères, mais est-ce que par exemple tu penses à leur départ ?**

Ils ont 62 et... et l'autre je sais pas mais pas très loin. Mais tu veux dire par rapport au départ en retraite ?

**Oui.**

Ben c'est sûr que le rural c'est moins attirant pour les jeunes médecins généralistes que la ville. Et en plus si la sécu continue à nous augmenter les tâches administratives, et par-dessus cette histoire de médecins correspondant SAMU, c'est sûr que ça va finir par être mission impossible. Ça oui, c'est ça qui fait un peu l'appréhension.

**Après, le côté maison de santé et qui plus est à trois jeunes, je pense que vous trouverez quand même.**

C'est sûr qu'au moins quand les autres vont partir, c'est pas : « tiens voilà les clefs », je vais pas rester tout seul comme un con. On sera déjà trois et on aura la structure.

**Heu, donc si je récapitule, comme inconvénient, on a les charges...**

Oui, mais même tout seul c'est un inconvénient. Après, être en groupe, ça les augmente parce que tu as le secrétariat et que pour la structure il faut plus de matériel.

**Oui, c'est clair. Et puis sinon, ce qui pourrait devenir un inconvénient, les sorties en urgences et le départ potentiel d'un confrère.**

Oui, ça on verra avec le temps. *Il hausse les épaules.*

**Ok. Bon tu n'es pas installé depuis longtemps, mais si tu devais changer quelque chose aujourd'hui, ce serait quoi ?**

Heu...Il souffle. Non pour l'instant je ne changerais pas grand-chose...

**Par exemple ta charge de travail ?**

Non, je sais qu'elle va augmenter et je suis pas trop pressé, parce que je sais qu'une fois qu'elle a augmenté, tu peux plus baisser.

**Oui et puis là, avec l'été, vous êtes quand même assuré d'une charge de travail suffisante.**

Oui, et puis l'hiver, il reste les papiers...

**Ça, c'est un vrai problème pour toi j'ai bien compris. Rire de l'enquêteur puis des deux sujets.**

Ah oui...

**Et sinon pour lutter contre les inconvénients que tu as cités, tu verrais des moyens ?**

Ben pour les charges, à part augmenter le C...

**Ah ben oui c'est sûr...Mais ça ça ne dépend pas trop de nous. Rires.**

Ben oui, mais je vois pas d'autres moyens.

*Silence.*

**Bon ben c'est tout bon. Je te remercie.**

## 5. Entretien Dr D

**Alors, est ce que tu peux te présenter s'il te plaît ? Me parler un peu de toi, de ton parcours professionnel ?**

Je peux me présenter oui, je m'appelle Mr ...

**Nan mais c'est anonyme, donc ton nom il ne faut pas le dire !** *Rire des deux sujets.*

Ah oui, bon, donc j'ai fait mes études à la faculté de médecine de Besançon, avec ensuite une première et unique installation en Ardèche, en cabinet de groupe, par choix, c'est ce que je cherchais et puis en milieu rural parce que pareil, c'est ce que je cherchais à l'époque. Je voulais être en milieu rural et en médecine de groupe.

**Tu connaissais l'Ardèche ?**

Absolument pas. Non pas du tout, c'était par hasard, par les petites annonces. A l'époque, on achetait les clientèles et du coup, je suis arrivé ici par hasard.

**Tu as quel âge ?**

Quel âge ?

**Oui.**

Je vais avoir 45 ans.

*Rire de l'enquêteur.* **Non...**

Non ? Bon ok, je vais avoir 55 ans. *Rires de l'interviewé.*

**Est-ce que tu vois d'autres choses importantes à signaler dans ton parcours ?**

Dans mon parcours, oui, peut être le fait de mettre toujours intéressé... En fait la médecine générale était pas un choix, je voulais faire de l'anesthésie réa, donc j'ai fait la médecine générale par défaut et après par passion. Et le fait d'avoir fait une capacité en gériatrie ce qui a permis de développer les réseaux et de créer l'AGAM, l'Association Gériatrique d'Ardèche Méridionale. Et puis aussi le fait de travailler aux urgences et de faire un peu de gériatrie. Donc d'avoir une activité un peu atypique, mixte, dans ma formation, avoir une activité d'urgentiste et de médecin généraliste axée un peu sur la gériatrie.

**Et donc aujourd'hui, tu travailles dans quelle structure ?**

Alors je me suis installé en Mars 92, dans une structure qui comportait déjà 3 personnes.

Il y en avait deux, et un qui est arrivé quelques mois avant moi.



Et donc il y avait deux médecins plus âgés qui avaient construit cette maison médicale depuis une vingtaine d'années et qui fonctionnait déjà. Avec un système de garde, avec un secrétariat commun, avec une petite salle d'urgence.

Et donc après on a évolué vers une structure un peu plus importante, *il dit d'un ton un peu plus bas*, alors qu'on est toujours 4 donc ça fait drôle. *Sourire*.

Donc pour une MSP, donc une maison de santé pluridisciplinaire, dans lequel, il y a l'intégration des autres professionnels de santé, les kinés, les infirmières, les orthophonistes et puis le réseau de santé et la médecine du travail aussi.

### **Et quels types d'avantages tu as trouvé à cette installation en groupe ?**

*Silence*

#### **Par exemple pour ta qualité de vie.**

Alors, par rapport à la qualité de vie, à l'époque, on prenait tous une journée dans la semaine et c'était les autres qui travaillaient, qui s'occupaient de nos patients. Le fait de pouvoir choisir son temps de travail, le fait aussi de pouvoir échanger avec les autres confrères. Et puis, le fait de faire groupe, d'avoir à peu près tous les mêmes objectifs dans le travail.

#### **Tu parles d'échanges, c'est en termes d'échanges humains ou des échanges à propos de vos patients ?**

Les deux, d'échanges humains et de parler des patients. Si on a un problème, on demande à l'autre, on partageait un peu comme ça à l'époque.

#### **Et maintenant ?**

Maintenant on a plus formalisé. Maintenant on a un dossier commun, parce qu'avant, on était ensemble mais on n'avait pas fait de dossier commun. Pour des raisons, pas mystérieuses mais ... *il souffle*.

#### **Oui ça s'était pas fait, tout simplement.**

Des craintes, que certains plantent l'informatique. Je sais pas. Cette fois-ci, on est en réseau, ce qui nous permet d'avoir les dossiers des patients des autres confrères.

Ça permet de voir ce qu'on a fait, de suivre le raisonnement clinique. On essaye de toujours bien mettre dans le dossier, chose qui n'est pas toujours faite. Et donc ça permet un échange, heu même écrit.

Ensuite, on a formalisé un peu plus aussi avec les groupes de pairs. Donc nos pratiques professionnelles, le fait d'être en groupe, nous a permis de faire ça.

Et ça nous a permis aussi d'acquérir certains équipements en fonction de nos desideratas. Heu, je pense à l'échographie, qui a quand même un certain coût, mais le fait de le partager à 2,3, ou 4, fait diminuer les prix. Donc... L'appareil de spirométrie, même chose. Donc le fait d'être en groupe, ça permet quand même d'acquérir certains matériels techniques qu'on n'aurait pas tout seul parce qu'on en aurait moins l'utilité et puis financièrement, ce serait plus compliqué.

**Et au niveau humain avec tes confrères, vous avez des échanges d'ordre moins professionnel ?**

Heu ben oui, je leur dis bonjour tous les matins ou parfois le soir, quand on se croise. Sinon on échange quand même avec les confrères, peut-être pas autant qu'on le souhaiterait. En fait surtout avec les jeunes. Ceux qui arrivent, c'est peut être une question d'âge. Heu sinon, si, on se voit quand même.

**Et du fait d'être en maison de santé pluridisciplinaire, vous échangez avec les autres professionnels de santé ?**

Normalement oui, on devrait le faire, mais pour l'instant, on a du mal à échanger tout simplement pour des problèmes de temps. Nous en tant que professionnels au niveau médical, on est en surbooking, on a pas encore réussi à trouver l'équilibre avec le nombre de médecins qui devraient être à la maison de santé, pour pouvoir travailler un peu plus différemment, pour travailler un peu moins dans l'urgence. Et pour les autres professionnels, c'est un peu le même problème. Mais on avait prévu de faire des choses. Mais pas encore. Par contre, on échange de façon informelle. Le fait d'être dans la même structure permet d'échanger. Mais on avait prévu d'échanger de façon plus formelle, ce n'est pas par manque de volonté, mais par manque de temps.

**Ça marche. Et est-ce que tu penses qu'être en groupe, ça permet une meilleure gestion des urgences ?**

Bien sûr. Quand on se dispute pas pour savoir qui c'est qui la prend. *Rire des 2 sujets.*

**Ça arrive ?**

On ne se dispute pas, mais chaque fois, on s'arrange pour refiler le bébé à l'autre. *Il sourit.*

Généralement, c'est sûr que les urgences sont prises quand même de façon correcte. On trouve toujours le médecin qui va s'en occuper. Et la preuve, c'est l'été quand on a notre afflux de population avec les touristes. Là on se retrouve en situation presque je dirai de médecine de catastrophe, sauf que c'est de la bobologie et pas des grosses blessures, quoique ça arrive aussi. On arrive à s'organiser, ça marche bien.

**C'est un rythme soutenu mais ça marche.**

C'est un rythme soutenu pour un des médecins, les autres ont leur rythme habituel.

Et les gens, les patients sont plutôt satisfaits, tout au moins parce qu'on les reçoit plus rapidement qu'aux urgences. Et même nos patients, parce qu'on arrive quand même à consacrer des jours pour les recevoir.

**Oui, il y en a un d'astreinte et les autres gardent leurs plannings habituels. Et tu penses que si tu étais tout seul, tu ne pourrais pas le faire ?**

Oui c'est ça, ils font leurs activités normales. Il y en a un qui s'y colle, à faire de la médecine non programmée, ce qui l'été peut faire beaucoup, jusqu'à 60 actes par jour. Ce qu'on ne pourrait pas faire d'une façon normale tous les jours.

**Ok. Tout à l'heure, tu parlais des urgences à l'hôpital, tu le fais toujours ?**

Oui. Mais c'est pareil, ce serait pas possible tout seul. Ça fait deux jours dans la semaine où je suis pas présent. Le fait de savoir qu'il y a mes confrères au cabinet, je sais que si un de mes patients présente une urgence, quelque chose, ils pourront être pris en charge. Et d'ailleurs, parfois, ils les reçoivent, les examinent et me les adressent aux urgences. Donc être en groupe, me libère du temps pour mes loisirs professionnels. *Rires de deux sujets.*

**Et tu as d'autres loisirs professionnels ?**

Heu, oui, l'échographie, la formation pour l'échographie.

**Et tu as des cours en ce moment ? C'est facile de t'absenter ?**

Oui, je m'absente régulièrement, j'essaie quand même de trouver un remplaçant, pour éviter une surcharge de travail avant de partir et à mon retour et surtout pour les autres.

Parce que vu qu'on est toujours en flux tendu en ce moment... Mais sinon, effectivement, si on était le bon nombre de médecins dans la maison de santé, c'est sûr que ce serait beaucoup plus simple. Il n'y aurait pas besoin de trouver un remplaçant. Et c'est vrai que si ça arrive de partir comme ça, les confrères vont absorber la surcharge.

**Oui donc le fait d'être en groupe te permet de moduler ton temps de travail.**

Oui, le fait d'être en groupe ça permet de libérer du temps pour la formation, pour faire des activités, que ce soit de loisir ça permet aussi pour certains d'avoir des gens avec un exercice différent au niveau du temps. Par exemple, on peut tout à fait imaginer quelqu'un dans la maison de santé qui puisse travailler à mi-temps et payer la moitié des charges et un autre qui complète. C'est faisable, c'est prévu. On avait envisagé ça quand on a fait la maison de santé.

C'est permettre, avec la féminisation du corps médical, d'avoir des filles. Parce que souvent les femmes choisissent ce mode d'exercice.

**Hum, en ce qui concerne l'aspect financier, est ce que tu penses qu'être en groupe permet de diminuer les charges ?**

Hum, je pense pas que les charges diminuent dans l'exercice en groupe. Ça c'est un paradigme. On disait : « oui être ensemble ça diminue les charges ». Je pense plutôt, pour l'avoir expérimenté et pour avoir vu les autres structures autour, ça les augmente plutôt.

Il y a un seuil critique, il faut savoir combien de professionnels on doit être pour équilibrer au mieux les charges. Le fait de... Par exemple, dans la maison de santé, il faudrait qu'on soit 6 pour avoir des charges qui soient moins importantes.

**Oui, mais 6 par rapport à 4, il vous faudrait une secrétaire de plus ?**

Oui, mais à 6 on pourrait la payer. C'est un seuil à calculer. Mais je pense que les charges sont plus importantes dans un exercice en groupe par rapport à un exercice solitaire. Les confrères qui travaillent en solitaire n'ont pas de secrétaire, donc ça enlève déjà... Ils répondent eux même au téléphone, ils font souvent le ménage eux même, donc...

**Et ils n'ont pas le temps de faire de l'échographie... *Sourire de l'enquêteur.***

Et ils n'ont pas le temps de faire de l'échographie non. C'est vrai que c'est un peu plus cher au niveau des charges, mais ça enlève quand même... C'est un confort pour l'exercice. Mais dire que c'est moins cher d'être en groupe non.

Je pense que c'est un peu plus cher mais c'est un confort beaucoup plus important.

**Par exemple, en parlant de confort, avoir votre secrétariat, ça vous enlève pas mal de tâches administratives ?**

Tout à fait, les tiers payants, la prise de rendez-vous, le tri au téléphone, savoir ce qu'on prend au téléphone, l'accueil des patients quand ils arrivent, le tri des patients, les urgences tout ça, c'est quand même quelque chose d'important.

**Oui donc elles font quand même pas mal de choses !**

Oui, c'est sûr, les papiers, elles préparent la salle de suture, elles font les ECG et nous on vérifie et on interprète. Je pense que ça nous permet de mieux utiliser notre temps.

**Du coup, j'en reviens juste au côté maison de santé, est ce que vous organisez des actes de prévention ou de dépistage ?**

Pour le moment non, le dépistage et la prévention, on le fait dans notre pratique quotidienne, mais pas à côté. Mais dépistage heu... *silence*

**Non mais je dis prévention dépistage, ça peut être de l'éducation thérapeutique, par exemple pour les diabétiques...ça vous faites pas ?**

C'était un projet de faire de l'éducation thérapeutique et de laisser ça aux infirmières. Justement sur des thèmes comme les AVK, le diabète, l'auto-mesure tensionnelle, l'hypertension...ça se fait un peu par les pharmaciens. Mais c'est un projet auquel on réfléchit.

**Tu vois d'autres avantages, dans le fait d'être en groupe ?**

Un autre avantage dans le fait d'être en groupe, c'est que ça permet l'accueil des internes. C'est beaucoup plus facile. Quand un interne arrive dans une maison de santé, où il y a 2 ou 3 MSU qui ont des pratiques différentes, cela permet quand même de mieux se rendre compte.

C'est intéressant pour l'interne et ça permet aussi, la supervision, de la faire de façon un peu plus optimale. C'est plus intéressant et moins compliqué qu'en étant tout seul.

**Tu l'aurais fait tout seul ?**

Non peut-être pas. Je l'aurais pas fait.

Et on l'a fait au début pour donner aux internes l'envie de venir travailler dans une structure comme la nôtre.

**Et ça marche ?**

Ah ça marche très bien. *(Un de leurs anciens internes s'est installé avec eux et un autre arrive)* Et ça marche sur toute l'Ardèche, territoire qui est quand même une zone fragilisée, on l'a vu hier soir *(la veille au soir, avait lieu le repas de la tontine [cf. définition], où trois jeunes médecins étaient postulant pour faire partie de celle-ci).*

On voit arriver des jeunes et ces jeunes arrivent parce que partout en Ardèche méridionale il y a des cabinets de groupe, pas forcément des MSP, mais des cabinets de groupes.

Et aussi parce qu'on a une façon de travailler qui est un peu plus vaste même que dans notre maison de santé, dans un territoire. On a tous des pratiques un peu semblables. Dans le groupe de pairs, il y a des médecins de tous les territoires, pas que de la maison de santé.

Le fait d'avoir des réseaux, comme le réseau gérontologique, le fait aussi d'avoir l'hôpital d'Aubenas qui essaye un peu de montrer ce qu'ils font, ça rapproche.

Et puis le fait d'avoir une tontine, au niveau territorial, ça fait qu'on est dans un système, on se voit régulièrement, on n'est pas dans un système concurrentiel mais plutôt dans un système coopératif.

Ce qui a changé par rapport à quand je me suis installé en 1992. Ça a changé de ce côté-là, et ça a permis, justement... Quand on est en groupe, les gens ils partent à la retraite, de trouver beaucoup plus facilement un successeur que quand ils sont tous seuls. On a l'exemple dans le village d'à côté.

*Le téléphone sonne. L'enquêteur lui indique qu'il peut répondre. Il répond, interruption de l'interview quelques minutes.*

### **Et pour les patients, est ce qu'il y a un avantage dans le fait que les médecins soient en groupe ?**

Ah par rapport aux patients oui. C'est un gros avantage, déjà il y a une présence médicale plus importante. En cas d'urgence ressentie ou réelle, ils savent qu'ils trouvent toujours un interlocuteur.

Et deuxièmement, ils ont un panel de médecins avec des caractères différents, pour une pratique, assez standard. Il peut choisir en fonction des atomes crochus, en sachant que s'il y a une urgence, il peut voir n'importe quel confrère sans appréhension, puisque pour nous aussi les patients, c'est les patients à nous tous.

On dit pas : « ben non attendez votre médecin traitant ou allez voir ailleurs ». Ça peut arriver pour des patients qui ne sont pas du secteur. C'est pas forcément voulu, mais c'est un peu fait naturellement. Il y a les patients de la maison de santé, et les autres. Pour ceux de la maison de santé, même si c'est plein, elles vont s'arranger pour trouver un créneau, pour les autres, moins.

### **Oui elles feront moins d'efforts...**

Donc c'est vrai que c'est pas une volonté, mais c'est un fait. Ça se fait tout seul et les patients sont les patients de la maison de santé, même s'ils ont leur médecin traitant qu'ils apprécient ou pas. *Rire.*

Mais les patients, et mes confrères c'est pareil, les patients, c'est les patients de la maison de santé, et on les prend.

### **C'est un peu une maison de santé traitante.**

*Voilà, il déroule la main comme si c'était le mot qu'il cherchait, c'est ça.*

### **Est-ce que tu peux me donner les inconvénients que tu trouves à l'exercice en groupe ?**

Déjà, dans l'exercice, là je parle de ma génération, on était plutôt individualiste. Et être confronté à un groupe, ça t'oblige à avoir une certaine façon de voir les choses, de travailler, pour s'intégrer. Donc ça peut être un inconvénient. Je pense à un cas concret hein.

Un médecin qui travaillait en groupe mais qui a évolué vers une médecine un peu particulière, homéopathie, médecine systémique, les autres travaillaient d'une manière un peu plus classique, et là, de lui-même, il va arrêter d'être en groupe pour exercer tout seul à cause de ça.

Donc quand on est en groupe, avoir des pratiques un peu différentes, ça peut poser un problème. Le côté un peu individuel peut poser problème.

Vous, votre génération, vous travaillez plus dans l'évidence based médecine, dans les études, les protocoles, c'est plus simple. Mais pour l'ancienne génération, c'est vrai que ceux qui veulent faire des choses un peu différentes... Si on veut faire de l'acupuncture de façon exclusive, dans une maison de santé ça va pas le faire. Ça empêche les choses trop individuelles de s'exprimer. Ça peut être un inconvénient, pour moi ça ne l'est pas, au contraire, mais ça peut être ressenti comme ça.

Après, c'est les rapports humains. On le voit bien à la maison de santé, on a tous des caractères différents. Entre celui qui est rond, celui qui est carré ou triangulaire, *il mime toutes ces formes avec ses mains*, et parfois ben le carré il rentre pas dans le rond, puis parfois ça passe très bien...

Mais ça les rapports humains c'est comme partout. Ça peut gêner. Mais ça, c'est pareil, ça peut être un inconvénient, mais c'est aussi une force.

Après, qu'est-ce que je vois d'autre ? Ah oui, les coûts, qui sont plus importants. Ça, je pense que contrairement à ce qu'on pense c'est pas moins cher. Mais après, l'activité avec la maison de santé, est plus importante, donc je pense que ça s'équilibre. A part pour un médecin seul qui travaille comme un fou furieux. Mais généralement, quand on est tout seul, on ne peut pas avoir la même activité que quand on est en groupe. Le fait d'être en groupe, ça attire aussi la patientèle. Donc c'est un inconvénient oui, parce que quand on le voit sur le papier, ça fait plus cher, mais ça s'équilibre largement en valeur. Donc c'est un petit inconvénient. Le problème, c'est que pour les médecins qui s'installent, ça peut les effrayer au départ.

Mais le doute peut être vite levé quand ils voient l'activité qu'on peut développer. Les revenus restent convenables et corrects.

### **Est-ce que parfois, le regard des confrères sur ta pratique peut poser problème ?**

*Il ouvre de grands yeux étonnés.*

### **Bon ok, je pense que ça ça concerne plus les jeunes comme moi qui doutent...**

Ah oui, non, ça franchement, je pense pas. J'ai une médecine plutôt classique, je fais pas des trucs bizarres. Non sérieusement je m'étais jamais posé cette question-là.

### **Est-ce que tu penses que le partage des patients peut constituer un inconvénient ?**

Non, pas du tout. Moi ça me gêne pas de voir les patients des autres et puis moi je trouve ça bien qu'il y ait un œil nouveau pour les patients. En plus dans des situations où on peut être en échec, ça arrive pas souvent mais ça arrive, ben c'est bien d'avoir un regard un peu différent que celui du médecin traitant...

### **Est-ce qu'il existe un inconvénient pour les patients ?**

Nan au contraire, c'est ce qu'on disait tout à l'heure. Et puis s'il n'y a pas d'atomes crochus avec un des médecins ben ils vont en voir un autre. Et l'inverse aussi, c'est plus rare, mais ça arrive.

Mais finalement, même s'il y a un médecin traitant attiré, on est tous amené à les voir. C'est un peu comme une structure traitante. Mais de toute façon, ils ont toujours quelqu'un.

### **Et au niveau de l'incertitude liée au départ d'un confrère, est-ce que pour toi c'est un inconvénient ?**

Ah oui ! Ça ça peut être un inconvénient. Car oui, cette structure qui est récente, reste fragile. On l'a vu cet été. A trois, trois et demi, c'est compliqué.

Ça fait une surcharge de travail et aussi une augmentation énorme des charges individuelles. C'est sûr que si on est 6, 7, ou 8, le départ d'un confrère peut être plus facilement amorti mais là, à 4, ça reste un inconvénient.

Donc oui, ça tu peux le citer comme un inconvénient, mais je pense que c'est un inconvénient qui diminue avec le nombre de médecins.

### **Tu vois d'autres inconvénients à citer ?**

Ben on a dit, le coté exercice particulier, les charges, le caractère et puis du coup les départs, non j'en vois pas d'autre.

### **Et au niveau du recul sur la pratique, qu'est-ce que tu changerais pour améliorer ta pratique ? Qu'est-ce que tu ferais pour lutter contre les inconvénients que tu as cités tout à l'heure ?**

Alors, déjà, c'est ce qu'on a dit, mettre en place des plages d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques ou pour les AVK par les IDE. Mettre ça en place, ce serait bien. Mais on peut.

Et puis se réunir avec les autres professionnels de santé, c'était prévu...*il lève les yeux en l'air*. Mais ils sont comme nous, il manque la chose la plus chère...*il sourit*, le temps.

Sinon contre les inconvénients, ben pour les charges, il faut augmenter le nombre de médecins. Ça c'est clair. C'est comme ça, quand on est tout seul, on se dit qu'il faut être en groupe et quand on est en groupe, il faut être un peu plus.

### **Et pour limiter les conflits ?**

*Il me regarde en haussant les épaules*. Ben ça il suffit de parler, d'aplanir.

### **Pour assurer la pérennité, on a vu qu'il y avait les internes...**



Oui, mais aussi la structure. Si on était resté dans notre maison médicale, il n'y aurait plus de médecin. On serait resté à deux médecins après les deux départs en retraite. Un jeune n'aurait pas eu envie de s'installer là-bas.

A deux médecins, ça aurait pas été possible, trop cher, trop de travail. Du coup je me serais mis en hospitalier exclusif et je pense que l'autre médecin aurait fait pareil. Et du coup, il n'y aurait plus de médecin dans ce secteur, ce serait une catastrophe démographique.

D'ailleurs, on l'a bien vu récemment, dans le secteur contigu au nôtre, il est parti à la retraite et il n'y a aucun successeur, alors qu'il bossait avec quelqu'un mais du coup l'autre a pas voulu rester.

Du coup, ben c'est nous qui avons absorbé la charge de travail. C'est pour ça que dès qu'on sera un de plus, ce sera mieux, on sera un peu moins à flux tendu.

Ce que je veux dire, c'est qu'en ayant une structure attrayante, en montrant que ça fonctionne bien, que c'est carré, ben forcément ça attire plus les gens. L'exercice en groupe ça change les pratiques.

D'ailleurs, on le voit bien aux urgences, les zones limitrophes, même urbaines, d'Aubenas, ou rurale du nord de l'Ardèche où il y a plus de médecins exerçant seuls, ils se déversent sur les urgences. On voit pas souvent des patients des zones sud où ils sont plus en groupe.

**Donc tu es plutôt content de ta façon d'exercer, c'est plutôt positif ?**

Oui, c'est vrai que pour l'instant ça reste une structure fragile, mais dès qu'on sera un peu plus, ça sera parfait.

**Merci.**

## 6. Entretien Dr E

**Est-ce que tu peux te présenter s'il te plaît ? Me parler un peu de toi, de ton parcours ?**

Mon parcours, alors... Je suis né en 1957, j'ai fait mes études à Paris, à l'université Saint Antoine, c'est Paris 6. J'ai été reçu au concours en soixante-quinze. Ensuite, j'ai passé un internat de région, et j'ai fait quatre ans à l'hôpital en Picardie. Je me suis installé en 1987 en Haute Loire, et en 2000 en Ardèche.

**Et en 1987, tu étais tout seul ?**

Oui oui, tout seul, j'avais racheté une clientèle. Après, en 2000, j'ai racheté la moitié de la clientèle du Docteur... (*Gardé secret pour respecter l'anonymat*), et je me suis installé en association avec lui.

**D'accord. Donc à la base vous étiez deux. Et déjà ici ?**

Heu, dans le village oui, mais pas dans le bâtiment. *Il montre du doigt les murs de son bureau.*

**Et là, est ce que tu peux me décrire la structure dans laquelle tu travailles ?**

Ben du coup, là, on est 4, avec deux médecins qui travaillent en alternance, donc trois en permanence.

*Silence.*

**Ok. Et est-ce que tu peux me donner les avantages que tu trouves à l'exercice en groupe ?**

Ah, houlà... Il n'y a que des avantages. *Il appuie bien sur chaque syllabe prononcée.* Il n'y a que des avantages, et en plus je suis tombé avec un associé qui était super génial. *Il sourit et s'enfonce dans son fauteuil.* Mais après, c'est pas le cas partout hein.

Le plus gros avantage, c'est que tu peux mieux t'arranger... tu peux mieux répartir le travail. Tu peux partager les expériences, tu peux demander des conseils, tu partages les frais, heu... T'as moins de soucis pour prendre des vacances... Moi je vois que des avantages.

**Au niveau par exemple de la qualité de vie, est ce que tu penses qu'être en groupe permet de diminuer le temps de travail hebdomadaire ?**

Peut-être pas moins important... *Il regarde dans le vide.* Nan, le temps de travail il est pas moins important, mais il est plus cool, parce qu'il y a toujours quelqu'un en deuxième ligne. Quand tu pars en visite un peu en urgence, t'as pas l'impression d'abandonner le cabinet.

**Oui c'est sûr.**

Et puis si un jour, t'as moins de travail, tu peux faire le travail de l'autre.

**Et du coup, tu parlais tout à l'heure des congés, comment vous fonctionnez ici ?**

On essaie toujours de trouver un remplaçant. Avant, quand je suis arrivé, c'était pas toujours très facile de trouver un remplaçant.

**Ouais.**

Donc il arrivait qu'on parte sans remplaçant, mais il y avait toujours un médecin, et un médecin connu des gens. C'était pas un inconnu. Maintenant, c'est plus facile de trouver un remplaçant. Et heureusement, parce que ce serait plus possible. Ce qu'on pouvait gérer à 1 ou à 2, ce serait pas possible maintenant.

**Ok. Donc vous cherchez toujours un remplaçant.**

Oui.

**Ok. Et est-ce que vous échangez beaucoup avec les autres médecins ?**

Oui, on échange.

**Vous avez des réunions, par exemple ?**

Oui, il y a les groupes de pairs.

**Ok. Et en dehors des groupes de pairs ?**

En dehors des groupes de pairs, oui, un peu. Il arrive que j'appelle une des filles pour voir ce qu'elle pense de tel ou tel cas. C'est pas très fréquent, mais ça arrive. Donc c'est pratique d'avoir un autre avis possible à côté.

**Oui. Et pour la gestion des urgences, comment vous fonctionnez ? Est-ce que tu penses qu'être en groupe améliore la gestion des urgences ?**

Oui, on peut dire que ça améliore la gestion...Après des urgences, ici, il y en a pas beaucoup. Ils vont à Aubenas. Mais oui, être à plusieurs ça améliore la gestion.

Mais c'est plus en théorie. Par contre, si on doit passer un long moment en dehors du cabinet, c'est vrai que être à plusieurs, c'est quand même un avantage. Pour une urgence loin avec les pompiers, quelque chose de long à gérer, c'est bien qu'il y ait un ou deux autres médecins au cabinet.

**Oui, c'est clair. En plus, du coup, ils peuvent gérer tes autres patients que tu as laissés dans la salle d'attente.**

**Est-ce que tu as une activité en dehors du cabinet à proprement parlé ?**

Tu veux dire professionnelle ?

**Oui, par exemple, est ce que tu vas dans des structures locales ?**

Ah, oui, je vais dans la maison de retraite du village d'à côté, et je vais aussi au foyer de vie, J'y vais deux fois par semaine, ça représente une grosse activité.

**Et tu penses que tu pourrais le faire si tu étais tout seul ?**

Oui, je m'arrangerais. Quand j'étais seul en Haute Loire, j'allais aussi dans une maison de retraite.

**Est-ce que vous avez des temps pour des activités de prévention-dépistage ?**

On fait le dépistage organisé des cancers, mais non, à part ça, on n'a pas d'activité spécifique de dépistage.

**Et dans la structure, il y a aussi un kiné et une infirmière, est ce que vous avez des échanges avec eux ?**

Non. Pratiquement pas. On pourrait mais il n'y a pas...*Il fait la moue.*

**Oui, mais ça c'est juste jamais fait...**

*Il hausse les épaules.* Ça se fait de façon occasionnelle. Si les infirmières ont un problème elles passent un coup de fil. Elles pourraient aussi appeler si elles étaient pas dans la structure. Mais c'est plus un cabinet virtuel, elles sont jamais là.

**Oui, vous travaillez de façon plutôt indépendante.**

Ouai. Après, le kiné, on se croise tous les matins, donc s'il y avait un problème, il nous dirait. Mais le partage se fait plus via les patients.

**Et est-ce que le fait d'être en groupe te permet de te dégager du temps pour te former ? Il y a donc les groupes de pairs, est ce que tu fais des FMC ou d'autres choses ?**

Oui, mais quand même, j'essaie de prendre un remplaçant. Parce que c'est un peu chaud quand même. On est toujours à flux tendu.

**Est-ce que tu trouves un avantage humain au groupe ? Est-ce que vous vous voyez en dehors du travail ? Ou est-ce que vous discutez beaucoup entre vous ?**

Bien sûr c'est un avantage. A chaque fois qu'on se voit, on discute, pas forcément de médecine hein...*Sourire de l'enquêteur.*

**Et vous avez des réunions entre vous où vous parlez de médecine ou de la gestion du cabinet ?**

Bien sûr, parce que déjà, on est une société de fait, ce qui veut dire qu'il y a quand même des réunions. Il y en a au moins une fois par an, une assemblée générale, et plus si il y a des problèmes à gérer. C'est par exemple pour les locaux, ou pour la commande de matériel....

**Oui oui, la gestion du cabinet. Et au niveau de l'aspect financier, est ce que tu penses qu'être en groupe permet de diminuer les charges ?**

Oui, je pense oui.

**Parce que là, par exemple, vous partagez quoi tous les quatre ?**

Alors, on partage la secrétaire, donc avec les autres médecins et le kiné. Et on partage l'entreprise de ménage. Avant c'était une femme de ménage que pour nous, mais maintenant, c'est une entreprise qu'on partage avec toute la SCI.

**Et seul tu penses que ça te reviendrait plus cher ?**

Ah oui, c'est évident. J'aurais quand même besoin d'une secrétaire et d'une femme de ménage donc oui, forcément.

**Au niveau de l'impact sur les tâches administratives, est ce que tu penses qu'être en groupe les diminue ?**

Non pourquoi, ça devrait ?

**Ben par exemple, le temps de secrétariat que vous partagez pourrait permettre de les diminuer ?**

Non, si tu veux, la secrétaire, elle gère les rendez-vous, mais c'est tout. Elle a juste un rôle de réceptionniste.

**D'accord ok. Est-ce que tu penses qu'il y a un avantage pour les patients au fait d'être en groupe ?**

Oui, je pense que c'est un avantage pour les patients. Déjà, il y a une meilleure permanence des soins.

Ils peuvent aussi croiser les avis des médecins, en sachant qu'on n'a pas tous la même formation. Mais vu qu'on a tous accès au dossier, ils peuvent voir n'importe quel médecin et avoir des avis différents.

**Et au niveau des inconvénients, qu'est-ce que tu citerais comme inconvénient au fait d'être en groupe ?**

Un des inconvénients, c'est que tu peux tomber sur un des médecins qui est pas cool quoi.

**Oui, des inconvénients humains.**

Ben oui, parce qu'il y a des chicaneurs, des paranos, des mégalos, des parano-mégalo...*Rires des deux sujets.* J'en connais, des médecins, c'est juste impossible de travailler avec eux. *Il fait non de la tête.*

Mais c'est vrai que j'ai eu la chance de tomber sur un collègue qui était super. Ça c'est sûr.

*Il tousse.*

**D'un point de vue professionnel, est-ce que pour toi c'est un inconvénient de voir les patients des autres ?**

En principe non...Heu...

**Pourquoi en principe ?**

En principe parce que des fois tu comprends pas vraiment la démarche des patients. Ils voient tout le temps le même médecin, et d'un coup hop ils viennent te voir toi...Des fois je comprends pas très bien ce qu'ils cherchent.

Mais c'est pas très fréquent. Et puis parfois, tu rentres dans une espèce de routine avec les patients, et ça peut être bien qu'ils voient quelqu'un d'autre. Tu les vois et tu te rends compte que telle ou telle chose n'a pas été faite depuis des années. C'est bien parfois pour eux de changer.

C'est comme quand ils voient un remplaçant...C'est souvent que sur les dossiers qui traînent depuis longtemps, le remplaçant trouve quelque chose.

**Oui, parce que c'est un regard neuf.**

Pour ça c'est un avantage pour les patients. Mais moi je vois pas de soucis à voir les patients des autres ou à ce que les autres voient mes patients.

Ça pourrait à la limite être un souci psychologique...

**Oui, d'égo...**

Oui, voilà, un médecin qui pense être le meilleur peut ne pas comprendre que les patients aillent voir ailleurs, mais c'est pas mon cas.

**Et est-ce que le regard des autres sur ta pratique ou sur tes horaires te pèse, est ce que tu y pense parfois ?**

Non. Je pense qu'avec... (*Il cite son ancien associé*) on avait vraiment le même mode de pensée. Je veux dire d'un point de vue médical mais aussi pour le reste. Et je savais très bien que si je disais quelque chose à un patient, il dirait exactement la même chose.

### **Et avec les filles ?**

Ben c'est différent. *Il joue avec un stylo.* Elles sont plus jeunes, c'est des filles, on est plus... C'est plus la même...synergie.

*Silence.*

Mais c'est pas gênant.

### **Non non, mais c'est sûr que ça change les rapports. Hum...Et prendre les décisions en groupe, est-ce que pour toi c'est une contrainte ?**

Non, c'est normal. On est en groupe, on prend les décisions en groupe. Chacun ses tâches. Moi j'ai le chéquier, je gère la compta, d'autres gèrent les fournitures, une autre les fiches de salaires...

### **Oui, il n'y a pas de conflit pour les prises de décision ?**

Non, chacun a ses tâches. Et on discute bien.

### **Est-ce que l'absence de tes confrères peut poser problème ?**

Ben oui, parce que comme je te disais tout à l'heure, on est vraiment à flux tendu. Donc c'est sûr que l'absence d'un des médecins force les autres à plus travailler. Donc oui, ça pose problème, après, on essaie toujours de trouver un remplaçant.

### **Et par rapport au départ pour des raisons x ou y d'un de tes confrères, est ce que parfois tu y penses ?**

Alors, j'y pensais beaucoup avant, j'y pense plus maintenant. C'est sûr que quand t'as un confrère qui est sur le départ, ben d'abord tu te demandes s'il va trouver un successeur. Bon après, c'est une décision qui se réfléchit et qui s'anticipe. Avec ... (*il cite à nouveau son ancien associé*), on a réfléchi et on a tout fait pour appâter les filles. Mais c'est vrai qu'avant c'était beaucoup plus dur de trouver des successeurs. Il y avait même des sociétés de recrutement pour trouver un successeur. Moi en Haute Loire, j'ai dépensé des milliers de francs pour trouver.

### **Et tu as fini par trouver ?**

Oui, mais complètement par hasard.

Mais bon ici, c'est moi le prochain qui part normalement. *Sourire de l'enquêté.*

Et puis je pense que le fait d'avoir des internes atténue vraiment ce problème. Le médecin qui prend des internes, il trouve...Il trouve des remplaçants et des successeurs. C'est sûr. Ça fait partie des raisons pour lesquelles on prend des internes, on peut pas s'en cacher.

**Et si tu étais resté tout seul, tu penses que tu aurais pris des internes ?**

Ouais, parce que justement, je pense qu'avoir des internes, c'est plein d'avantages. Il y a d'ailleurs plus d'avantages pour le médecin que pour l'interne.

*Rire des deux sujets.*

Nan mais c'est vrai, tu assures ton avenir en formant des gens. Hollande appelle ça le contrat générationnel je crois. Pourquoi les jeunes arrivent ? Parce qu'on reçoit les internes.

A Aubenas, ceux qui n'ont pas reçu d'interne n'ont pas trouvé de successeur. Avant que t'arrives dans la région, il y en a un paquet qui sont partis en perte sèche. Alors qu'en périphérie, surtout dans le sud, où il y a pas mal de maisons de santé, ils n'ont pas de problème de succession.

Quand on prend un interne, on a toujours ça en arrière-pensée.

**On a vu tout à l'heure l'aspect financier, pour toi il n'y a donc aucun inconvénient financier ?**

Non non, vraiment. Il hausse les épaules.

**Ok. Et est-ce que tu penses qu'il y a des inconvénients pour les patients ?**

Mouais, je pense. Il doit sûrement y en avoir, il faudrait leur demander.

**A ton avis c'est quoi le principal inconvénient ?**

Oh là ! *Il s'enfonce dans son fauteuil.* Je sais pas. Peut-être...Moi je vois ça...Par exemple, un patient que tu as suivi, il change de médecin, tu l'as pas vu depuis longtemps, il voit un autre médecin et tu le croises dans la salle d'attente, et ben il a pas forcément envie de te croiser.

Il y a aussi le fait qu'un patient, quand il voit deux médecins, il peut pas jouer du conflit entre les deux médecins.

*Silence.*

**Ici, ça c'est déjà produit que les patient se plaignent ?**

Non. Je pense qu'ils n'ont pas à se plaindre. Et quand même, ils sont sûrs de voir un médecin. Même si c'est pas leur médecin, ils ont un médecin pour les voir dans un délai correct. En plus si besoin, ce médecin peut joindre leur médecin traitant. Donc voilà.

**Oui, et justement, ils ne se plaignent pas d'être partagés entre les différents médecins ?**

Heu... Il souffle. Il arrive que certains se plaignent d'être partagés entre les filles qui travaillent en alternance. Mais c'est la seule chose que j'ai entendue.

Mais quand même, les patients arrivent à voir leur médecin dans des bons délais. C'est pas fréquent qu'ils soient obligés de voir un des autres médecins.



**Oui, donc vous garder vraiment votre statut de médecin traitant.**

Oui, ils peuvent se balader entre les différents médecins, mais il y en a toujours un qui est prédominant dans la prise en charge.

*Il joue avec son stylo.*

**Tu vois d'autres inconvénients ?**

Non.

**Ok. Et au niveau du recul sur la pratique, si tu devais changer quelques chose pour optimiser ta pratique, ce serait quoi ? Ou pour lutter contre les inconvénients ?**

J'en sais rien.

*Silence.*

Si, peut être avoir un cabinet plus grand, pour pouvoir être quatre en permanence. Pour avoir des horaires plus cool. C'est vrai qu'on a vu un peu juste. Après, on a tout payé, on n'a pas eu de subvention.

**Parce que vous avez achetez les locaux ?**

Alors...Les trois membres fondateurs initiaux, oui. On a fait un emprunt qu'on a remboursé.

**Ok.**

Donc on est membres d'une société civile immobilière. Et les membres de la SCI paye un loyer. La différence est que moi je paye un loyer qui m'est remboursé. Donc pour les membres fondateurs, c'est match nul. Mais bon quand je serai à la retraite, ça me fera un revenu complémentaire. C'est un investissement.

**Et par exemple pour limiter les conflits ?**

Pour limiter les conflits, il faut bien choisir ses confrères. Et puis il faut choisir des confrères qui ont une vision de la médecine à peu près similaire. J'aurai plus de soucis, moi si je travaillais avec un...

**Avec ?**

Un acuponcteur.

**Ah.**

Ou un naturopathe. On aurait des pratiques trop différentes, et je pense que ça entrainerait des conflits. Je crois qu'il faut surtout être préventif. Après, quand il y a des problèmes...*Il fait la moue*, je sais pas comment les résoudre.

Après, il y a que...A la rigueur, quand le problème est ancré, c'est en nombre de part de SCI ou de SCM que ça se joue.

**Oui, mais bon quand t'en arrives là...Rires de l'enquêteur.**

Oui, c'est trop tard. C'est qu'il n'y a plus de discussion, c'est qu'il ne reste que les lois mathématiques.

**Pour assurer la pérennité, tu vois quelque chose d'autre?**

Ben c'est ce qu'on disait tout à l'heure, accueillir les internes. Et puis ne serait-ce que déjà, le fait d'être en groupe attire. Aujourd'hui, plus personne veut s'installer seul.

Bon il y aura toujours ceux qui entrent en médecine comme on entre en religion.

*Rire des deux sujets.*

Mais bon ceux-là, ils se font de plus en plus rares.

*Silence.*

**Bon ben je pense qu'on a fait à peu près le tour.**

**Je te remercie.**

## 7. Entretien Dr F

**Est-ce que vous pouvez vous présenter s'il vous plaît ? Me parler un peu de vous et de votre parcours ?**

Alors, j'ai 53 ans, je suis installé en libéral depuis 22 ans. Avant de m'installer, j'étais hospitalier puisque j'ai été assistant à l'hôpital, dans le service des urgences à Aubenas.

Qu'est-ce que je peux te dire de plus ? Je viens de la région Marseillaise, enfin Aixoise.

**Et en libéral, vous avez toujours travaillé en groupe ?**

Alors heu...non. Quand j'ai repris le cabinet, on était donc deux, on était dans un cabinet en plein centre, à l'étage, dans la rue la plus touristique qui soit...Donc l'été, c'était l'horreur ! *Il dodeline de la tête*. Là-bas, on a tenu une dizaine d'années. Ensuite, est arrivée... (*Il cite une de ses collègues*) donc on est passé à trois et on a, à ce moment-là, décidé de monter cette maison médicale. Ensuite est arrivé... (*Il cite un de ses collègues*) et c'était bien d'avoir une femme, et puis enfin est arrivé... (*Il cite un de ses collègues*).

**Et du coup, quels avantages vous trouvez à cet exercice en groupe ?**

Quels avantages ? *Il souffle*. Ben sur la qualité de travail, sur la tranquillité, sur les horaires...Et déjà, le fait d'avoir des confrères, ça a permis de s'aménager des temps de repos. Quand j'ai débuté, je travaillais tous les jours de la semaine et tous les samedis matins. Petit à petit, on a pris une demi-journée sans travail pour arriver progressivement à une journée sans travail. Donc voilà, actuellement, je travaille lundi mardi, je travaille pas le mercredi, je travaille jeudi vendredi et un samedi sur cinq.

**Oui, donc c'est plutôt confortable.**

Oui, en sachant que l'objectif, c'est d'arriver à travailler que trois jours dans la semaine, voir même que deux jours.

**D'accord. Oui donc quand même, le fait d'être en groupe a soulagé le temps de travail.**

Oui et puis en plus, à cinq, quand on veut partir en vacances, on a quand même moins la pression pour trouver un remplaçant. A cinq, il y en a un qui peut partir, on arrive à absorber. Deux qui partent, ça commence à être tendu.

**Vous n'avez pas de difficulté pour trouver des remplaçants ?**

Non, et on trouve et des remplaçants et des assistants, car l'été, on prend un de plus. Après, on a un ensemble plutôt sympathique, on a un secrétariat commun...

**Et est-ce que vous avez beaucoup d'échanges entre vous ?**

On se voit oui. Via les labos, les week-ends... Et puis on n'habite pas loin, et on a des activités annexes en commun, par exemple chez les pompiers. Donc oui, et en plus on a des bons rapports.

**Oui, vous n'avez pas de réunions, mais vous vous voyez pas mal. Et vous parlez de vos patients ?**

Oui, on parle de nos patients. Pas de façon formelle, mais oui. C'est plutôt autour du café, ou bien à l'hôpital au moment de la visite. Mais on arrive à discuter facilement.

D'autant plus que tout est en commun, donc les patients, ils peuvent nous voir tous. Donc on a une clientèle attirée, mais avec les dossiers partagés, ça pose pas de problème s'ils voient un autre médecin que leur médecin traitant.

**Et vous avez également des échanges humains ?**

Oui, en plus, on a tous à peu près le même âge, et on s'entend tous bien.

**Par rapport à la gestion des urgences, comment ça se passe ? Comment vous fonctionnez ?**

Alors c'est... C'est un peu compliqué, parce qu'on bosse pas tous de la même façon. Certains bossent que sur rendez-vous et d'autres non. Moi par exemple c'est moitié moitié. Donc comme on a une partie de sans rendez-vous, on absorbe forcément une partie des urgences. Même si c'est pas notre jour d'astreinte. De toute façon, quand les salles débordent, que tu sois avec ou sans rendez-vous et que ce soit ton jour d'astreinte ou pas, t'essayes de te répartir les patients.

Après, pour les urgences graves et sévères, c'est celui qui est d'astreinte qui gère. On essaye de s'organiser pour qu'il y en ait qu'un qui intervienne. Après, si c'est un de nos patients, on essaye de favoriser le côté médecin traitant. Et ça marche pas trop mal.

**Ok. Et est-ce que vous avez une activité en dehors du cabinet ?**

A l'hôpital local, oui, on y va tous. Après, on est aussi tous médecins-pompiers. Voilà.

**Et tout seul vous l'auriez fait ?**

Oui, car on l'a toujours fait. Donc ça changerait rien. Et en plus avant, on faisait ça nuit et jour et un jour sur deux.

**Oui, donc la seule chose que ça change c'est la charge de travail.**

Oui, bon les jeunes, vous, vous pensez qu'on est des fous, mais c'était comme ça. Et puis de toute façon, si tu veux fermer à quatre ou cinq heures, tu t'installes pas à la campagne.

**Est-ce que vous avez une activité de prévention-dépistage, ou d'éducation thérapeutique ? Par exemple avec les infirmières.**

Non, on la fait nous-même. On fait ça tous seuls. On ne délègue pas.

**Oui, donc chacun de façon individuelle.**

**Heu...Est-ce que vous faites des formations ?**

Oui, on se donne du temps pour les formations. Après, on en fait pas beaucoup, mais quelques-unes.

*Silence.*

**Au niveau financier, est ce que vous pensez qu'être en groupe permet de diminuer les charges ?**

Heu...Bonne question. Alors oui et non. En fait je vais être très ambiguë. Oui parce que tu dois pouvoir partager, mais attention parce que le fait d'être nombreux, tu augmentes aussi le coût.

Donc il faut être très conditionnel. Nous en passant de 3 à 5, est ce qu'on a diminué les charges ? j'en suis pas persuadé. En passant à 5, ça nous a créé des besoins supplémentaires, on a agrandi, on a augmenté les budgets, on a pris une secrétaire à mi-temps en plus. Donc je pense au départ, ça nous a coûté plus cher, mais dès que ce sera rentabilisé, j'entends surtout le prêt, je pense que les charges seront diminuées.

**Vous avez du matériel ici ?**

On a tous des électro, notre matériel, et on a arrêté de faire nos radios il y a deux ans. On a fait des radios pendant 20 ou 30 ans, mais on en avait tous ras le bol. Mais non, on a tout le matériel pour faire nos électros, la réa, je sais pas...

**Vous avez une salle d'accueil des urgences ?**

Oui, à l'entrée. *Il montre le couloir qui mène à cette salle.* On s'en sert surtout comme salle de pansement, mais toutes les salles sont indépendantes. Et il y a toujours plus ou moins l'un de nous qui est absent, donc il y a la salle d'accueil pansement et une autre si besoin.

**Ok. Heu, au niveau des tâches administratives, est ce que le fait d'être en groupe...**

J'en fais aucune, ça c'est clair. C'est tout les secrétaires qui font ça.

**Donc être en groupe, ça vous a permis de vous libérer ça.**

Oui, et puis ça, c'est très bien. Comme je déteste tout ce qui est paperasse. A part remplir les ALD et encore, je suis très lent à les faire, mais autrement c'est tout les secrétaires. Elles font la comptabilité, les papiers, elles font tout.

**Oui, ça c'est un luxe que vous auriez peut être pas eu tout seul.**

Ça c'est certain, avoir une secrétaire, deux c'est encore mieux, c'est inestimable. Après, ça se paye. Mais c'est inestimable le travail qu'elles fournissent.

**Oui, en confort...**

C'est irremplaçable.

**Au niveau des patients, est ce que vous pensez que c'est un avantage pour eux d'avoir des médecins installés en groupe ?**

*Il souffle.* J'ai pas la réponse.

Et puis tu sais, on est en milieu rural, et en plus en Ardèche, ils sont un peu sectaires. Le vieil Ardéchois, il n'aime pas voir quelqu'un d'autre, il n'aime pas le changement.

Après, avec les nouvelles générations, ça va changer petit à petit.

Mais je pense que ça a grincé un peu des dents, mais ça va mieux.

De toute façon, ils n'avaient pas le choix. Il reste quelques bourrins qui râlent, mais globalement, je pense que c'est un avantage pour eux quand même. Mais c'est vrai que c'est pas évident.

**Heu, est ce que vous pouvez me citer d'autres avantages au fait d'être en groupe ?**

Qu'est-ce qu'on a dit. Ben le coût, le partage des locaux, c'est confort c'est moderne...

**Et vous êtes maître de stage aussi ?**

Oui.

**Et vous l'auriez fait si vous étiez seul ?**

Oh ben oui, parce que déjà, ça attire les jeunes, et puis, c'est bien de partager. Non ça c'est pas mal, mais je pense pas que ce soit lié au fait d'être en groupe.

**Bon et bien on va passer aux inconvénients alors.**

Oui, *il sourit.* Si tu veux.

**D'un point de vue professionnel, est-ce que par exemple le point de vue de vos collègues peut vous poser problème ? Par exemple leur regard sur votre travail, sur vos horaires.**

Non, non pas du tout. Mais ça va être difficile pour trouver des inconvénients sur la structure car on s'entend bien.

*Rire des 2 sujets.*

Après, ça nous arrive de gueuler l'un contre l'autre, mais c'est amical. Des fois, on va dire : « tu fais chier, pourquoi t'étais pas là aujourd'hui », des trucs comme ça... Mais c'est très... Non, c'est très minime. Il y a vraiment peu d'inconvénients.

**Heu, par exemple, le partage des patients, est-ce que pour vous ça pourrait être un inconvénient ?**

Il souffle. Non, les patients, on est mal placé... On est les plus vieux, donc on a notre patientèle. Indirectement, on en a perdu un peu, mais c'était aussi un peu volontaire. Tu sais que quand tu t'associes, il y a un transfert de patients. Et puis forcément, si tu t'absentes un jour par semaine...

C'est certain que quand je pars le jeudi, que c'est pas moi qui fais le samedi, je reviens pas avant le lundi matin. Forcément, mes patients vont voir mes confrères.

**Et par exemple de voir les patients des autres quand ils sont absents, ça vous dérange pas ?**

Ah non, ça non. Moi je suis pas toujours là, ils voient mes patients. C'est comme ça. Après, si on va... Ce qui peut poser un problème, c'est si le patient d'un confrère finit par plus me voir que son médecin à lui.

Là je leur dis : « ben non, maintenant, il faut voir votre médecin traitant. » Mais bon, ça c'est clair et net, et on pense tous la même chose, donc il n'y a pas de conflit par rapport à ça.

**Et eux, dans le fait que vous soyez en groupe, est ce que vous pensez que ça les a dérangé ?**

Non. Bon après, peut-être qu'au début, vu qu'on a tous pris un jour dans la semaine, ils ont pu se dire qu'on n'était jamais là, mais non je ne pense pas. Et puis c'est pas mon problème. Si ça leur convient pas, ils ont qu'à aller voir ailleurs.

Attends, la plupart sont retraités, ils ont le temps, ils peuvent attendre et te voir le jour où t'es là. Sauf si c'est grave, et là, ils ont quand même quatre autres médecins pour les prendre en charge. Donc je pense qu'ils ont quand même une chance exceptionnelle. Non mais c'est vrai, il faut voir ce qu'il se passe ailleurs. *Il s'enfonce dans son fauteuil.*

**Sinon, bon j'ai compris que vous vous entendiez bien, mais est ce qu'il a pu arriver qu'il y ait des tensions, ou des désaccords entre vous ?**

Non. Non on n'en a pas justement.

*Il touche les pieds en bois de son bureau en souriant.* Je touche du bois, mais vraiment non. *Rire des 2 sujets.* Non vraiment, on s'est associé, on a la chance que jusqu'à maintenant il n'y ait pas eu de problème. Et je souhaite à tous ceux qui s'associent d'avoir ces rapports-là. C'est vrai qu'on entend tous des histoires de soucis dans des cabinets qui sont pas si loin que ça. Moi je pourrais pas travailler dans cette ambiance-là. Attends... On se dispute, on se pique les patients, tu pourrais bosser toi comme ça ?

**Ah non.**

Je sais pas comment ils font. A un moment, il vaut mieux se séparer, faire deux cabinets que de travailler dans cette ambiance-là. Je sais pas comment font les gens. Ils sont un peu masos.

**Et est-ce que pour vous, par exemple, c'est une contrainte de prendre les décisions en groupe ?**

Sur le plan médical et thérapeutique, aucune décision se prend en groupe.

**Et par exemple dans la gestion de la structure ?**

Ben oui, mais là c'est normal. On est 5 associés, donc c'est normal que les décisions se prennent à 5. J'ai envie de te dire, c'est bête et méchant.

C'est en nombre de voix, si jamais on n'arrive pas à se mettre d'accord, on vote et c'est au nombre de mains levées. Après, ça reste une société. Mais non, on a pas eu de gros soucis à ce niveau-là.

*Silence.*

**Ok. Bon, l'aspect financier, on l'a abordé tout à l'heure du coup, c'est un avantage et un inconvénient.**

Logiquement, plus tu es, plus tu diminues les charges, mais après, il ne faut pas que le fait d'être plus nombreux augmente les... les besoins.

C'est là qu'il faut se méfier. Il faut trouver l'équilibre.

Mais en théorie c'est le cas. Ça dépend aussi de la structure. C'est pareil, ça dépend de si t'es propriétaire ou de si tu loues.

Louer, il faut être fou. Si d'un coup, en plus de passer de 4 ou 5 à 2, pour gérer, c'est la mort. Moi je veux dire... Voilà. Nous on est propriétaires de nos murs, et je me voyais pas louer.

Ça c'est des choix. Mais il y a des charges que tu acceptes un peu plus de payer quand tu es propriétaire que quand tu es locataire.

**Et par rapport à l'incertitude du départ d'un confrère, pour une raison x ou y, est-ce que pour vous, c'est un inconvénient dans le fait d'être en groupe ?**

C'est certain qu'à l'heure actuelle, on est 5, ça pose pas de problème, à un ou deux de moins, ce serait plus compliqué, mais on l'accepterait. C'est vrai qu'on sait pas si d'une part on trouvera un remplaçant ou pas. On sait pas si le remplaçant trouvera sa place ici. C'est vrai, là on roule la parfaite harmonie, mais on ne sait pas s'il sera aussi sympa... *Il sourit.* Le jour où il y en a un qui part, c'est sûr que ça change tout.

Des fois, on rigole. On se dit : « ah non, mais tu pars que si tu as un remplaçant, et que s'il est sympa, et que si on le trouve sympa. »



### **Ça, c'est pas écrit dans vos contrats ?**

Je sais même pas. Mais de toute façon, si quelqu'un doit partir, je me vois mal dire : « ben non, tu pars pas, s'il veut partir, on le laissera partir ». C'est la vie.

Pour le moment, de toute façon, on est plus qu'avant, donc bon, ce sera moins confort... Mais on l'a déjà fait. On serait quatre, ce serait comme cinq ans en arrière, on serait 3, ce serait comme dix ans en arrière... Et puis, pour trouver un remplaçant, c'est moins dur qu'avant.

Pour l'instant, les seuls qu'on a vu et qui n'ont pas voulu s'installer, c'est parce qu'il y avait trop de travail. On serait à Burzet ou au Cheylard encore, je dis pas, mais là, c'est plus un vrai problème.

### **Bon pour les patients, on a un peu vu tout à l'heure...**

Oui, il y a toujours des gens pas contents, mais c'est le prix de l'évolution.

### **Et au niveau du recul sur la pratique, si vous deviez changer quelque chose, ce serait quoi ?**

Je changerais rien. Non non, je changerais rien. Je me voyais très mal travailler en ville. A l'hôpital, très vite la paperasse a eu raison de moi.

### **Vous étiez dans quel service ?**

Aux urgences. En fait, j'avais déposé des CV un peu partout, je suis passé à Privas. J'y suis pas rester longtemps car le pays, ça m'a pas plu.

J'étais avec ma femme, on a pris la voiture, on a passé le col, et puis quand on est arrivé à Aubenas, ça nous a plu et voilà. Et puis trop de paperasse, donc je suis passé dans le libéral. Et voilà.

*L'enquête prend un bonbon et en propose un à l'enquêteur qui décline la proposition.*

Mais je changerais pas. Moi être en ville, faire des papiers toute la journée, faire des arrêts et voir des gorges toute la journée, ça me plairait pas.

### **Et là, vous changeriez rien ? Vos horaires, avoir des activités annexes ?**

Oh ben non, annexe, j'en ai assez. Il y a l'hôpital, il y a les pompiers... Non, ce serait plutôt l'inverse. Je préférerais les diminuer pour faire autre chose. Je sais pas moi, des ballades.

*Rire des deux sujets.*

Et au niveau de la charge de travail, c'est déjà ce qu'on est en train de faire. L'objectif ultime, c'est de faire l'inverse, c'est de bosser deux jours par semaine et de rien faire les cinq autres jours. Après, c'est pas évident, il y a toujours des contraintes financières, des contraintes budgétaires. Mais ça se fait petit à petit. Voilà.

*Silence.*

**Bon, ben je pense que c'est bon, merci beaucoup.**

## 8. Entretien Dr G

**« Est-ce que tu peux te présenter s'il te plait ? Me parler un peu de ton parcours ? »**

Heu tu veux que je remonte jusqu'à quand ?

**Heu au début de ton internat.**

Ouais, ok. *Il sourit.* Alors moi j'ai fait mon internat en Rhône Alpes, la plupart des stages de périphérie, je les ai faits ici en Ardèche. Donc c'est pour ça que j'ai une petite attache au départ.

*Sourire de l'interviewé.*

Ben une attache, c'est vrai que j'ai commencé à l'hôpital d'Aubenas qui est un tout petit hôpital, donc tu rencontres forcément du monde. Tout le monde te connaît rapidement. Ça m'avait bien plu.

**Dans quel service tu as fait tes stages ?**

Heu, donc j'ai fait la pédiatrie, les urgences. Et j'avais fait ça l'été, donc il y avait beaucoup beaucoup de travail, *il hausse les sourcils* donc c'était très formateur. Et qui dit petit hôpital dit quand même assez polyvalent donc on faisait plein de trucs. En premier semestre d'internat c'était super.

Après, j'ai fait mes stages à Valence en médecine polyvalente, cardio à Montélimar, et je suis revenu finir mes stages de médecine générale ici en Ardèche.

**Qu'est ce qui t'as poussé à revenir en Ardèche ?**

Et ben, un de mes maîtres de stage était médecin urgentiste, je le connaissais donc de mon premier stage, je l'aimais bien, et en plus, je m'étais fait des amis sur place. Et puis je m'étais dit que quitte à faire un stage de médecine générale, je voulais le faire dans un stage où je pourrais faire plein de choses. Et puis vu que je connaissais les collègues qui travaillaient à l'hôpital, et vu que j'avais plein de questions à chaque fois, ben c'était quand même bien d'être à un endroit où je connaissais un peu les gens.

**A ce moment-là, tu pensais encore pas à ton installation ?**

Non pas spécialement, *haussement d'épaule*, et puis c'est une région qui me plaisait aussi.

**Ça marche, juste, est ce que tu peux me donner ton âge s'il te plait ?**

30 ans.

**Est-ce que tu vois d'autres choses importantes à signaler dans ton parcours ?**

*Sourire de l'interviewé.*

Mon parcours, ouais ! Au départ, je voulais faire médecine, depuis que j'étais petit, mais je sais toujours pas pourquoi, c'est venu un peu comme ça. Et médecine générale, ça a été vite une évidence. J'aimais tout, donc finalement, médecine générale, ça me correspondait bien.

Et heu au gré des rencontres, *il fait une gestuelle avec les mains pour mimer le déroulement du temps*, dans l'internat, les médecins avec qui tu peux te former, et bien j'ai trouvé des personnes qui m'ont dit « vas-y, si t'aimes ça, tu vas t'éclater » et franchement, je regrette pas.

**Super, sourire de l'enquêteur. Et donc là en ce moment, tu travailles comment ?**

Alors là, en ce moment, ben je me suis installé il y a 2 mois, là où j'avais fait mon internat de médecine. Donc on est dans une maison de santé, qui est pluridisciplinaire.

L'avantage pour moi, c'est que j'avais fait des remplacements dans cette structure depuis environ deux ans. Donc je connaissais les personnes, les structures à côté, les pseudos réseaux qui existaient déjà sur place. Donc c'était des supers conditions.

**Oui, t'avais déjà ton agenda.**

Ouais, *signe de tête*.

**Ok ok. Et donc est-ce que tu peux me donner les avantages que tu as trouvés à cette installation en groupe ?**

Alors le premier avantage c'est que ben déjà quand tu commences, c'est rassurant de savoir que t'as des personnes autour de toi qui peuvent t'aider.

Les personnes, donc c'est les médecins, les collègues, et d'autant plus que c'était des anciens maîtres de stage. Donc y avait déjà un lien un peu affectif. Et puis je me disais : « j'aurais pas d'appréhension à demander des choses qui peuvent paraître bêtes » voilà. Je m'étais dit : « dès que je sais pas, je sais que je peux avoir une réponse assez rapidement ».

**Oui donc c'était rassurant.**

C'était très rassurant *inclinaison de tête*.

L'autre avantage, c'était qu'il y avait des gens que je voyais depuis pas mal de temps, en remplacement.

**Des patients ?**

Oui des patients, je faisais des remplacements depuis environ 2 ans. Tous les mois, je bossais au moins quinze jours. Finalement, je me suis habitué... Enfin je me suis habitué... J'ai suivi des gens déjà depuis un an et puis je me suis mis à continuer à les suivre mais en tant que médecin traitant donc ça c'était facile.

Un autre avantage, c'est que c'est une structure qui fonctionne maintenant depuis un peu plus d'un an. Il y a un secrétariat, on partage pas mal de chose, des frais dont j'ai pas à me préoccuper... voilà donc ça c'était bien.

On a un hôpital juste à côté, un hôpital local où on intervient et que je connaissais bien. Donc c'était facile aussi de travailler avec eux. Et donc comme je te disais au départ, l'hôpital le plus proche donc c'est Aubenas, qui est une petite structure, mais qui est notre hôpital de référence et que je connaissais bien, donc c'est vrai que c'était un super avantage.

Et puis ben voilà, j'avais après ben mon réseau d'amis, sur place, donc c'est vrai que c'était super.  
*Haussement d'épaule.*

**Et au niveau de ta qualité de vie, ton temps de travail tout ça, est ce que tu vois des avantages à exercer en groupe ?**

Oui, l'énorme avantage, c'est qu'on peut moduler beaucoup plus facilement heu son mode de travail.

Un exemple, si je m'absente une journée, si j'ai décidé voilà si je suis fatigué ou si j'ai envie voilà de prendre une journée pour faire autre chose, je peux m'absenter en me disant que je n'abandonne pas tout le monde et que c'est pas une énorme charge de travail pour un collègue si je travaillais juste avec un collègue. Là on est quatre médecins, s'il y a des urgences, je sais qu'ils peuvent les voir, on fait comme ça les uns pour les autres. Donc c'est vrai que je peux m'arrêter de bosser une journée, que je peux finir plus tôt si je le veux. Heu je peux facilement déléguer certaines tâches que j'ai pas le temps de faire, ça c'est un énorme avantage.

Si je pars en congés, ben on essaye de trouver un remplaçant, mais si c'est pas le cas, ben quand même on peut s'appuyer sur nos collègues au cas où.

L'autre avantage quand même super, c'est que mes patients ils peuvent être vus par d'autres collègues, on a des dossiers en commun, donc je sais que j'abandonne personne le jour où je suis pas là ou le jour où j'ai une urgence.

**Ouais, donc c'est quand même bien pour les patients.**

D'un point de vue professionnel c'est quand même super, et d'un point de vue humain... Tout dépend des personnalités, mais pour un jeune comme moi, c'est plus qu'agréable d'être entouré de collègues avec qui on s'entend bien.

**Et tu as des échanges autant humains que professionnels avec tes collègues ?**

Oui, pas forcément les mêmes rapports avec tous les médecins de la structure mais heu avec mon parcours, c'est vrai qu'il y a des gens, ben quand on se voit, la première chose dont on parle, c'est pas forcément du boulot.

**Oui, c'est sûr !**

Nan mais c'est vrai que les rapports humains, pour moi, c'est aussi important. C'est sûr. Ok on est là pour travailler mais on fait un boulot qui est quand même humain, autant travailler dans une bonne ambiance.

**Est-ce que tu penses qu'exercer en groupe a eu un impact sur ton temps de travail ?**

Heu *plissement de sourcil*, c'est difficile de te répondre. J'ai pas beaucoup de recul mais heu *silence*.

**Parce que tu avais fait aussi tes stages chez des médecins installés seuls ? Est-ce que tu as vu une différence ?**

Alors l'impact, je pourrais dire, c'est pas forcément en plus ou en moins, mais c'est plus à quel niveau de fréquence de consultation j'ai envie de travailler. Et ça c'est super quand on travail en groupe. C'est-à-dire que si j'ai envie de voir moins de vingt patients dans une journée et ben je m'arrange pour le faire. Et puis par contre, j'essaie de voir si pour mes collègues, ça ne se répercute pas sur leur journée à eux. Mais si j'ai envie de voir plus de monde ben je peux aussi. Mais pour répondre à ta question un peu plus clairement, l'impact heu il est plutôt positif, c'est-à-dire qu'en travaillant en groupe et en ayant des dossiers communs, on peut facilement voir tous le même nombre de patients sans problème.

**Oui et du coup c'est modulable.**

C'est très modulable oui.

Par exemple, le jour où je suis pas là, je peux prévenir certains patients, en leur disant ben « je sais que je vous avais dit qu'il fallait vous réévaluer par exemple tel jour, je suis pas là, mais vous inquiétez pas, j'ai tout mis dans votre dossier, un de mes collègues pourra vous recevoir sans problème ».

Et je sais très bien que je n'ai même pas besoin de les prévenir, ils le feront volontiers, parce qu'on le fait chacun les uns pour les autres.

**Oui chacun a le même état d'esprit et du coup ça fonctionne.**

Voilà ! C'est sûr, comme tu dis, c'est très important d'avoir à peu près, d'avoir la même vision du boulot. Pour que ça marche, il faut que personne se sente lésé, il ne faut pas qu'il y en ait un qui se barre et qui laisse les autres gérer toute la merde.

Mais voilà, on voit volontiers les autres patients sans problème parce qu'on sait que les autres le font aussi.

*Silence.*

**Et est-ce que tu penses qu'être en groupe permet de faire des choses à côté des consultations classiques ?**

Oui ! Alors moi ça fait pas longtemps que je suis installé mais je vois déjà qu'en étant installé depuis deux mois et ben finalement, j'ai plus de temps finalement à consacrer, par exemple, à l'hôpital local.

Quand j'étais en remplacement, j'étais plus ou moins cantonné à faire de la consultation. C'est vrai qu'on peut se dégager du temps facilement. Et ça c'est bien parce que si tu aimes la polyvalence que peut offrir la médecine générale en zone rurale, ben l'exercice en groupe, pour ça c'est super.

Certaines après-midi, si t'as envie... Ben je sais pas moi, de te former, d'aller rencontrer d'autres professionnels pour te former, ou si t'as envie de faire autre chose, je sais pas, d'aller en PMI, ben tu peux, tu peux. Tu peux parce que tu ne délaisses pas tes patients, les soins sont assurés donc ouais ça t'offre une super liberté. Ben déjà d'un point de vue personnel et en plus d'un point de vue professionnel, ça te laisse du temps pour t'améliorer ou faire des choses que tu as envie de faire.

**Parce que vous avez tous à peu près le même temps de travail à la maison de santé ?**

Heu *l'interviewé a les yeux au plafond* en volume horaire, je dirai que ouais à peu près.

Après c'est très variable, par exemple, il y a un de nos collègues qui travaille deux jours par semaine à l'hôpital, deux journées pleines. Donc ces deux journées, il ne consulte pas, mais c'est vrai que les autres jours, il consulte très très tard, il voit tous ses patients, il y a aucun problème.

Et puis ceux qui sont moins souvent là, c'est vrai que c'est parce qu'ils prennent plus de temps à s'occuper de l'hôpital, ou ils prennent plus de temps pour s'occuper de certaines fonctions de la maison médicale (organisation des gardes, l'aspect financier des choses).

Donc, non ça marche bien car tout le monde y contribue je pense de manière équivalente.

**Oui, c'est équilibré.**

**Et au niveau des tâches administratives, est ce que tu penses qu'il y a des avantages à être en groupe ?**

Y a un avantage qui n'est pas spécialement direct. Quand on est en groupe, on peut partager les frais, et donc on peut plus facilement avoir un secrétariat qui marche bien, et peut être même plusieurs postes, ce qui est le cas là pour nous aujourd'hui. Donc d'un point de vue administratif, nous ça nous délègue de beaucoup de tâches. Par exemple, on ne scanne plus aucun courrier, pour la prise de rendez-vous, même pour certains dossiers, certains papiers, on délègue ça aux secrétaires.

Voilà, le fait d'être en groupe ça permet de mutualiser beaucoup de dépenses et du coup on peut déléguer beaucoup d'administratif. Bien sûr si on a des secrétaires ou des collaborateurs qui sont bien formés.

Et puis ouais, souvent, par exemple moi qui connaît pas encore toutes les démarches administratives, dès que je demande quelqu'un... Enfin dès que je demande à un de mes collègues il me dit « ben sinon laisse-moi le truc, je le ferai » ou il me donne un conseil qui me fait gagner beaucoup de temps. Donc ouais être en groupe pour ça c'est un énorme avantage, sachant que l'administratif, c'est un peu la bête noire voilà de tous les étudiants quand on leur parle de la médecine générale et même de la médecine libérale.

C'est sûr ça représente une partie non négligeable de notre activité, mais heu franchement on passe pas nos journées à faire que ça. Et surtout, comme on le disait tout à l'heure, on peut moduler du temps pour faire ça. On n'est pas forcément obligé de faire notre consultation jusqu'à 19-20heures en se disant : « allez, j'ai encore une heure de paperasse ».

On peut stopper un jour bien plus tôt, en se disant, s'il y a quelque chose à gérer les collègues pourront gérer, et prendre ce temps là pour faire les choses un peu plus pénibles.

### **Donc pour toi, c'est pas une contrainte plus que ça ?**

C'est une contrainte beaucoup plus faible lorsqu'on est en groupe.

### **Et du coup, tout à l'heure, tu as abordé un petit peu le coté financier, est ce que tu crois que de ce point de vue-là, être en groupe c'est un avantage ?**

He ben, je crois que c'est un avantage certain lorsqu'on se met à peu près tous d'accord.

Si on a à peu près les mêmes envies, alors forcément, les dépenses vont être à peu près les mêmes pour tous les médecins et si on groupe tout, c'est sûr que c'est plus intéressant pour chaque personne. En termes par exemple de location, de secrétariat, de consommables, d'équipement... Voilà.

Après heu ça peut être vite un désavantage lorsqu'on n'a pas la même vision du travail.

Par exemple quand certains consomment plus... Des trucs tout bêtes hein... Plus de papier, d'ordonnanciers... Ça peut être une source de conflit. On peut avoir l'impression de payer des choses qu'on n'utilise pas. Mais c'est un peu comme tout travail en groupe, il n'y a pas qu'en médecine.

### **Mais à priori, il n'y a pas d'augmentation en somme ? Le fait d'être en groupe n'augmente pas les charges ?**

Nan je pense pas. Et puis de toute façon si on bosse tout seul ou à deux, il faut une secrétaire, là on est quatre, il en faut deux ben voilà. C'est un peu plus cher mais quelque part, on peut avoir une patientèle plus grande, développer d'autres activités donc quelque part c'est mieux.

Je pense pas que ça ait un coût d'être à plusieurs, sauf effectivement si c'est mal réparti parce qu'on n'a pas la même façon de bosser.

*L'interviewé boit un coup.*

**Tu veux faire une pause ?**

Non non vas-y c'est bon.

**Alors, on va passer aux inconvénients à cette installation en groupe.**

Ouais, *sourire*.

**Donc est ce que tu peux me donner les inconvénients que tu as trouvés donc dans cette façon de travailler ?**

Alors forcément lorsque t'es pas tout seul, tu te dois de rendre un peu des comptes. Tu peux pas dire : « ben ça j'ai pas envie démerdez-vous ».

Donc c'est une certaine forme de contrainte déjà de faire un peu en fonction des autres.

L'humain est complexe, les médecins aussi ont leurs égos, leurs personnalités assez fortes, et puis il suffit que comme moi, il y ait le petit nouveau qui arrive.

L'autre ça fait vingt ans qu'il a sa manière de travailler, peut-être que moi j'aurai envie de faire différemment au niveau de la structure, mais t'as pas forcément envie de froisser ton collègue qui fonctionne différemment. Donc ça peut être un inconvénient de bosser avec d'autres personnes parce que ben parce qu'il faut faire des concessions.

Après, un autre inconvénient ben ce serait par exemple d'avoir envie de faire un projet pour la structure, pour le travail, vraiment un projet qui te serait cher, et puis qui ne passe pas car ça ne plairait pas aux autres. Donc du coup ça peut être...*Silence*

**Ça peut être frustrant.**

Ça peut être source de frustration oui. Ça peut, mais ce n'est pas obligé que ça le devienne parce que si t'en parles, si on se réunit assez souvent, si chacun y met un peu du sien, chacun peut finalement être entendu. Mais ça peut être un inconvénient important oui de travailler ensemble.

D'où l'intérêt quand même de bien choisir les gens avec lesquels tu travailles au départ.

**Oui, c'est sûr ! Et pour toi, est ce que le regard de tes confrères, que ce soit sur des prises en charge ou je ne sais pas, ta façon de travailler, tes horaires, est ce que tu te sens parfois oppressé par le regard de tes confrères ?**

*Silence*



### **Est-ce que ça t'arrive d'y penser dans la journée ?**

J'y pense pas, parce que au départ tu choisis avec qui tu travailles, après, tu peux pas tout savoir, tu peux pas appréhender les réactions de certaines personnes. Mais ça peut être un inconvénient à travailler avec d'autres personnes, parce qu'effectivement, tu peux être jugé sur ton travail, ça peut être parfois un peu blessant quand on te dit que tu fais mal...

Mais après c'est aussi une manière d'être, je pense qu'il faut accepter les critiques, pour être une meilleure personne et puis un meilleur médecin. Donc c'est un inconvénient oui si dans ton caractère ben tu n'aimes pas ça mais si c'est ça, dès le départ, il faut pas travailler en groupe.

### **Oui c'est ça. Et puis là en l'occurrence, en plus tu les connaissais avant de t'installer donc c'était plus facile.**

Oui, et puis en fait j'avais pas d'appréhension. Quand je fais une boulette, ben ils le disent avec le sourire, *il sourit franchement*, en disant : « bon ben là tu t'es trompé, c'est pas grave... »

### **Oui vous êtes complices.**

Ouais voilà, en fait moi limite je suis même content quand ils me disent que je me plante car des fois je m'en rends pas compte.

*Silence.*

### **Tout à l'heure, tu disais que quand tu étais absent, les autres médecins géraient tes patients, et par rapport, justement à la gestion des urgences, est ce que ce n'est pas problématique de savoir qui gère l'urgence ? est ce que gérer les urgences des patients des collègues absents, est-ce que pour toi ça représente un inconvénient ?**

Oui, ça c'est un inconvénient. En aparté, nous on travaille dans une zone qui est un peu particulière, qui est très touristique, donc on a deux manières de fonctionner.

L'été il y a beaucoup beaucoup de monde *gestuelle des mains mimant l'abondance* donc on s'adapte et l'hiver c'est plus calme donc c'est différent. Ce qui fait qu'on n'a même pas le même fonctionnement sur l'année. Et on n'est pas tous d'accord sur la manière de fonctionner.

Heu sans rentrer dans les détails, les options sont très divergentes. Alors on n'arrive pas tous à se mettre d'accord. Ça peut être source d'incompréhension, pas de conflit, mais d'incompréhension. On peut s'énerver tout seul dans son coin en se disant : « je comprends pas pourquoi il me demande d'y aller, c'est pas à moi... » Mais au final, ça se passe quand même bien parce qu'on a une structure qui s'y prête.

On peut facilement voir des urgences en parallèle de nos consultations sans tout décaler. Le seul problème, c'est quand il faut sortir. Voilà. Mais finalement, c'est le même problème quand on travaille tout seul.

Donc la gestion de l'urgence, elle est difficile mais amoindrie quand le schéma fonctionne bien. Après quand il y en a plus et que certains sont plus réticents à se dégager de leurs consultations, ben ça peut être plus problématique, forcément. Mais est-ce que c'est un inconvénient l'urgence pour l'exercice en groupe, je pense pas. Au contraire, on peut voir plus d'urgences plus facilement.

**Et au niveau du partage des patients, tu disais tout à l'heure que vous aviez un dossier partagé, est ce que voir les patients des autres, ce n'est pas pesant ? Comment ça se passe au niveau du partage des patients ?**

Heu, *il souffle*, une chose moi que je pensais possible au départ, quand je me suis installé avec eux, c'est que je m'étais dit que certains patients pourraient voir à peu près n'importe quel médecin, dans la mesure où on a tous accès au dossier médical.

Bon c'est sûr que les gens qui sont suivis depuis une vingtaine une trentaine d'années par un collègue, il est bien évident que c'est à lui de continuer la prise en charge, mais pour les patients qui sont jeunes, qui viennent de façon épisodique, je m'étais dit ça pourrait être des patients de la structure et que ben le premier qui est disponible pour le voir ben le voit.

En fait, ça se fait pas parce que finalement pour l'instant, la population est assez âgée, qu'ils ont tous leur médecin référent, et qu'ils tiennent à voir leur médecin référent. Après, moi ça me dérange pas de voir les patients des autres collègues si c'est de manière ponctuelle et que derrière, il va les revoir.

Je fais la suite, je reprends pas tout. Parce que, si je les vois, que je reprends tout et qu'au final je me rends compte qu'il reprend tout depuis le départ et que tout ce que j'ai fait ça a servi à rien, c'est un peu énervant.

**Oui donc finalement c'est du dépannage, tu vois le patient au temps « t » et voilà.**

Oui. C'est une bonne chose, souvent les patients ont besoin de voir un médecin pour un conseil ou parce qu'ils ne vont pas bien. Donc je trouve que c'est bien, c'est un avantage.

Par contre, l'inconvénient, c'est que ça peut être décousu, parce qu'on est beaucoup dans une même structure et que vu que finalement les plannings sont très chargés, ben il arrive que les patients naviguent entre plusieurs médecins. Mais vu qu'on se parle quand même beaucoup, qu'on communique pas mal, que les dossiers sont assez bien tenus, parce que tout le monde le remplit bien, donc finalement c'est pas une perte de chance pour le patient.

Ça peut être un inconvénient à la limite si le patient râle parce que il te voit toi et qu'il te dit : « voilà ça fait quatre fois que je vous vois, j'arrive pas à voir mon médecin... Alors voilà, je vous aime bien, mais... », Mais en fait ça ne se produit que très rarement.

**Donc finalement qu'est-ce que tu penses que les patients pensent de cet exercice en groupe et de ce partage de patients ?**

Au départ je pense qu'ils l'ont vécu comme un abandon.

Parce qu'ils se disent : « mon médecin, mon (*il appuie sur ce deuxième mon*) médecin, je l'ai pas vu, ça fait quatre fois » c'est la minorité des cas, mais ça arrive, et du coup, ils se disent : « ben il me laisse tomber » mais là, on leur explique.

Moi je leur montre, je leur dis « regardez votre dossier, vous voyez, je vous ai vu et on avait fait ça, derrière, il vous a vu et a continué la même prise en charge... Donc vous voyez c'est plutôt bien pour vous, si je ne vous avais pas vu, ça aurait été plus long dans votre prise en charge... Vous voyez, on communique, on a tous accès à votre dossier, je peux voir vos allergies... ».

Et en fait, les patients ils comprennent et d'ailleurs, au départ, ils ne le savent pas. Ils acceptent pas mal, après je les comprends, ils aiment bien avoir leur médecin.

**Donc c'est pas tellement un inconvénient pour les patients ?**

Non, en fait ce n'est jamais un inconvénient dans la mesure où le dossier est bien tenu. On a accès à tout, aux antécédents, aux pathologies chroniques, aux allergies...

On met un mot à chaque consultation, toutes les ordonnances sont enregistrées... A moins que vraiment, il y a une information personnelle qu'on n'ait pas et que seul le médecin traitant connaisse...

J'ai envie de dire, même à la rigueur, juste avec un coup de fil, on répond tous à nos téléphones personnels, même en congés, on s'entend bien, on n'a pas d'appréhension à déranger le collègue. Pour moi, il n'y a pas d'inconvénient au fait que ce soit partagé.

**Tout à l'heure, on a vu que pour toi, l'aspect financier n'était pas un inconvénient dans l'exercice en groupe. Je voulais aussi abordé la question du départ d'un éventuel confrère, comment assurer l'équilibre ?**

Ben c'était la première difficulté pour moi, c'était tout ce côté statut. Finalement tu rentres dans une structure, on te parle, c'est que des acronymes, SCM, SCP...

Tu sais même pas à quoi ça correspond. Puis tu te rends compte que c'est des contrats. Même si tout le monde est beau, tout le monde est gentil, ça reste le travail et t'es pas à l'abri que quelqu'un pète un plomb et te fasse faux bond.

Donc il faut les lire, il faut demander, pas hésiter à poser des questions à ses collègues, quand on s'entend bien. Ça peut vite devenir un inconvénient si on sait pas ce qu'on signe.

Mais quand on sait à quoi on s'engage, quand on sait à quoi les autres se sont engagés, et que c'est scellé par quelque chose de juridique, les inconvénients peuvent être minorés.

Mais il est clair que si tu travailles en groupe avec quelqu'un qui peut te faire faux bon à n'importe quel moment, ça devient vite un enfer je pense.

Donc dans ma situation personnelle, c'est un inconvénient très faible parce que finalement si quelqu'un part et qu'il remplit les conditions de son départ, le fait est que s'il part, c'est quand même problématique d'absorber la patientèle, parce que clairement, on peut pas leur dire aller voir ailleurs. Après, lorsque c'est quand même maîtrisé, lorsque t'as compris à quoi tu t'engageais...Mouoff...Tu prends pas trop de risque quand même.

### **Pour toi c'est pas une angoisse que l'un des médecins parte comme ça du jour au lendemain ?**

Non, la grosse angoisse pour moi, en zone rurale hein, ce serait de travailler dans un cabinet, j'aurai un autre de mes confrères qui travaille à quelques kilomètres et que lui parte sans remplaçant.

Là ça pourrait vite être angoissant car d'un point de vue éthique, je peux pas dire à tout le monde « démerdez-vous parce qu'il y a personne d'autre ». Alors que là, dans une structure, ça se répartit. Quand on est quatre, y en a un qui part, ben à trois on se répartit plus facilement la charge de travail.

Après, ça s'anticipe, tout est écrit dans les statuts, combien de mois on a pour essayer de trouver quelqu'un d'autre, est ce qu'il doit présenter des successeurs...Nous, voilà, tout ça c'est écrit.

Par exemple, si quelqu'un veut partir, c'est son libre choix et il n'a pas à se justifier, ça c'est important, on est libre. Mais il se doit de trouver, je crois que c'est trois successeurs, il doit le faire dans un délai qui est consigné. S'il part, tout est bien écrit, d'un point de vue financier, d'un point de vue matériel, comment se passe...Voilà.

Pour moi c'est pas une source d'angoisse. Après le jour où ça arrive...

### **Donc pour toi ça ne fait pas partie des inconvénients ? Tu ne l'aurais pas abordé spontanément si j'en avais pas parlé ?**

Non.

**D'accord.**

**Bon dans ton cas, il y a peu de recul sur la pratique, mais si tu devais changer des choses ou si tu vois des moyens de lutter contre les inconvénients que tu as cités, ce serait quoi ?**

Une première chose qu'on pourrait faire de différent, parce que finalement cette structure, je la fréquente depuis deux ans, ça serait de se réunir plus souvent, de manière pas formelle, mais voilà.

Je sais pas, tous les trimestres, voir même tous les deux mois, tous les mois, peu importe mais de se voir. Avoir un ordre du jour et définir qui fait quoi, comment on se répartit les choses parce que finalement, aujourd'hui, tout le monde s'entend bien, plus ou moins, mais chacun fait des petits trucs dans son coin, on se dit des trucs entre deux portes, tout le monde n'est pas forcément au courant.

Et finalement on perd du temps, il y en a même qui arrivent en burn out parce qu'ils font trop de choses, alors qu'on aurait pu faire autrement. Donc voilà, de plus communiquer et que ce soit un peu plus formalisé. Une réunion, où voilà on parle de l'ordre du jour, de ça ça et ça, mais cool hein, on mange un bout, on est collègues, mais oui je pense que ce serait une bonne chose.

Et pis après, ce qu'on pourrait faire pour pallier aux inconvénients, par exemple des patients qui naviguent entre plusieurs médecins, c'est d'avoir des réunions où on parle des patients.

### **Vous le faites ça en pratique des fois ?**

Non, pas encore, on le fait de manière très informelle, dans un couloir : « tiens j'ai vu untel, il va pas très bien... » Mais le faire tous les quatre, parce que aujourd'hui on est quatre, ce serait beaucoup plus intéressant. Et puis finalement, voilà, ça ça me plairait bien.

Et ça bon ben ça va se faire, si tout le monde en a envie, mais tout le monde en a envie, il suffit juste de...*Haussement d'épaule*

### **Oui, de le mettre en place.**

Oui, voilà. Y a même un groupe de pairs qui se met en place. Nan nan être en groupe, ça crée l'émulation.

Des choses qu'on aurait envie de faire mais que finalement on fait pas parce que ça prend du temps, parce qu'on a autre chose à faire, et ben le fait d'être à plusieurs des fois, on se motive plus facilement, on se dégage du temps, de l'envie, et puis quand il y a plusieurs personnes sur un projet, c'est plus facile.

### **Bien sûr.**

### **Et finalement, tous ensemble, comment vous assurez la pérennité de la maison de santé ?**

Ah ah *Sourire fermé.*

Ben voilà, et ben tu vois, là, tu dis... C'est une magnifique conclusion. Ben c'est jamais abordé.

Y a un problème, ben on essaie de régler le problème. Si tout va bien, ben tout le monde est content.

*Il se tape les deux jambes*

Mais on n'essaie pas de voir trop loin pour l'instant. Mais bon.

Peut-être parce que c'est un peu récent, mais c'est vrai qu'on n'essaie pas trop de penser à l'après. Par exemple on pense pas à s'il y en a un qui part, à ce qu'on pourrait faire si on trouve personne, ou est qu'on pourrait par exemple moduler pour que certains puissent faire d'autres choses. On peut le faire de façon individuelle, parce que voilà, mais c'est vrai qu'on pense pas pour l'instant « ensemble-structure ».

Pour l'instant on est tous des libéraux qui aimons travailler ensemble, mais on s'est pas encore approprié cette structure. C'est un joli bébé, voilà, mais il faut que ça se développe.

Alors voilà, peut être que je me trompe hein, et que mes collègues diront l'inverse, mais pour l'instant, je le ressens pas trop.

Après, ce n'est pas tout noir ou tout blanc, y en a certains qui gèrent les contacts pour avoir des subventions, pour avoir du matériel, pour développer d'autres choses...mais c'est pas encore un « pensé structure ».

On parle pas tous de ça en même temps, on se réunit pas forcément pour parler de ça. C'est un peu chacun dans son coin.

### **J'ai oublié d'aborder tout à l'heure dans le cadre de la maison de santé, est ce que vous communiquez avec les autres professionnels paramédicaux ?**

Alors c'est vrai que la maison de santé, c'est du pluridisciplinaire, alors c'est super. Parce que, déjà, on se voit assez souvent, tous, alors de manière aléatoire hein, mais quand on a besoin d'aller voir le collègue kiné, pour un patient pour qui on a demandé de la kiné et de voir comment ça se passe ben on peut.

Les infirmières libérales qui quand même font partie intégrante de la prise en charge de nos patients, on sait qu'elles sont là, qu'on peut leur demander n'importe quoi, rapidement et que l'information passe rapidement.

### **Et il y a des réunions ou pas avec eux ?**

Ben pour l'instant, on se réunit, mais plus pour des problèmes de gestion, mais pas au niveau médical pour l'instant. C'est quelque chose qu'il faudrait mettre en place, mais on peut. Je pense qu'on peut.

Mais ce serait dans une idée de pluridisciplinarité de prise en charge des patients, mais pour cela, il faudrait que ce soit plus des patients de la structure. Des patients suivis par la structure et pas par un médecin...Ce qui n'est pas encore le cas.

Ça peut être une orientation, moi quand j'ai fait mon mémoire, j'étais allé voir des médecins généralistes dans la région d'Ales et ils fonctionnaient comme ça. Le médecin traitant était la structure et ça marchait bien, après faut voir ce qu'on en fait.

**Donc le recul sur la pratique que tu as c'est surtout qu'il faut communiquer.**

C'est indispensable, pour qu'un exercice en groupe ait plus d'avantages que d'inconvénients, c'est la communication. On n'a pas forcément besoin d'être tous d'accord, mais pour que...

Parce que l'exercice libéral, c'est un peu la liberté, bosser tout seul, on fait ce qu'on veut quand on veut, mais exercer en groupe ne veut pas dire qu'on peut plus le faire. Au contraire, ça peut être source d'une plus grande liberté. Mais ça passe obligatoirement par une bonne communication.

Et puis s'il y a un problème, tout peut se résoudre si on discute.

Donc communiquer communiquer communiquer !

**Ok.**

**Je te remercie.**

## **9. Entretien Dr H**

**Alors, est ce que tu peux te présenter s'il te plaît ? Me parler un peu de toi, de ton parcours ?**

Oui, alors je suis le Dr..., je suis installée médecin généraliste depuis environ un an, un peu plus en fait, ça va bientôt faire deux ans. Je suis associée avec une autre médecin, on travaille une semaine sur deux et on est associées avec deux autres médecins qui eux travaillent à temps plein.

**Ok. Et tu as quel âge ?**

J'ai 31 ans, bientôt 32.

**Et tu as des enfants ?**

Oui, j'ai un petit garçon de 3 ans et demi et j'en attends un deuxième.

**Oh !!! Félicitations.**

*Elle me montre son ventre qui commence à s'arrondir ! Ça se voit pas encore beaucoup, ça fait 4 mois et demi.*

**Et tu as toujours envisagé de t'installer en groupe ?**

Heu, quand même oui. J'avais du mal à m'envisager seule parce que déjà je doute pas mal de moi. C'était quand même plus rassurant d'être avec d'autres, pour pouvoir les solliciter quand il y avait besoin. Heu ouais voilà, nan j'imaginai quand même pas être seule. En tout cas, pas comme aurait pu l'être les médecins auparavant.

**Et tu voulais t'installer en zone rurale ? En Ardèche spécifiquement ?**

Ben je suis de l'Ardèche, mon mari aussi. Du coup... En fait, pendant mes études je me posais pas la question. Je savais pas ce que j'allais faire hein, mais l'idée, c'était pas d'être en ville en tout cas. Bon je voulais pas non plus être toute seule sur le plateau Ardéchois, mais là du coup, c'était un peu le compromis. En plus, je suis pas trop loin de l'hôpital.

**Et tu as fait tes études où ?**

A Grenoble.

**Ok, et vous aviez aussi les stages Prat' et SASPAS à Grenoble ?**

Oui, oui. J'ai fait mon Prat en zone rurale de Grenoble, et en fait l'autre aussi.

Dans certains ils étaient plusieurs et dans d'autres non.

**Oui, donc tu avais déjà un peu une idée de ce que c'était d'être en groupe.**



Oui, et quand même, à chaque fois, ça me rassurait d'être avec d'autres médecins. Faut le dire ! C'est plus une réassurance qu'autre chose. Après, voilà, c'est plus convivial aussi tout ça, même si on se voit pas tout le temps. Mais voilà, ce côté rassurant est quand même important. *Elle sourit.*

**Et du coup, quels avantages tu as trouvés à l'installation en groupe ?**

Ben donc déjà de pas être seule ! De pouvoir solliciter les confrères si besoin. Et puis après, c'est l'entraide hein. C'est que quand on a un truc un peu compliqué ou qui nous pèse, on peut plus facilement l'aborder avec quelqu'un avec qui on travaille plutôt que d'appeler je sais pas qui je sais pas où. *Elle ouvre les deux mains comme pour montrer l'évidence.* Voilà, après, aussi pour s'arranger sur le travail, sur le rythme de travail.

C'est plus simple quand on est plusieurs, de gérer son temps de travail, parce que voilà, on peut toujours s'arranger.

*Silence.*

**Oui, et du coup toi tu travailles à mi-temps avec une autre médecin, est ce que tu penses que tu l'aurais fait dans un cabinet seule ?**

Ça me paraît compliqué. L'avantage, c'est que là, il y a tout le temps quelqu'un. Et on travaille 5 jours et demi sur 7, les autres ils ont un jour dans la semaine où ils sont pas là. Mais pour moi, c'était aussi un moyen de concilier ma vie de famille avec le boulot. C'est sûr. Il faut être honnête, j'ai pas envie de passer ma vie qu'au travail. Voilà, donc c'est pas mal de faire comme ça. Bon ça fait une semaine où on bosse, mais l'autre on est tranquille.

**Et par exemple si un jour tu veux partir plus tôt le soir, tu t'arranges avec tes collègues ?**

Ben on a un peu chacun notre rythme bien défini. Et on finit tous à peu près à la même heure, au niveau de la fin des consultations. On finit même un peu plus tard que les autres parce qu'on prend du retard un peu plus facilement que les autres. *Elle dit cette dernière phrase d'une petite voie.*

Mais de toute façon, à 19 heures, on met le répondeur. Après, on est plus là. Et on le fait tous.

**Et par exemple, pour prendre des congés, tu n'as pas de soucis ?**

Alors pour les congés, on prend quand même systématiquement un remplaçant, même si on est en groupe. Parce que finalement, c'est pas non plus le rôle des autres d'assumer notre travail quand on n'est pas là.

On a eu une remplaçante attirée pendant longtemps, c'était bien. Donc voilà, on s'appuie pas sur le groupe quand on prend des congés, sauf si c'est vraiment un jour ou deux. Si c'est un jour ou deux, les autres assurent, mais sinon... Et puis c'est pas le rôle des associés.

**Donc du coup, on voyait tout à l'heure que tu trouvais ça rassurant d'avoir les autres, est ce que vous avez en pratique des échanges professionnels ?**

Ben oui. Moi quand j'ai besoin, quand je bloque, j'hésite pas personnellement, à demander. Après, échanger sur les pratiques, on n'a pas vraiment le temps. Encore que, du coup pas dans la structure ici, mais il y a les groupes de pairs maintenant. Mais sinon, voilà, c'est plus sur le moment, quand je vois un patient ou un dossier, que je vais en parler aux autres. Je toque et je leur dis : « ben voilà, qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce que tu ferais ? ».

Après, par exemple, un jour, j'ai eu une altercation avec une dame, elle n'était pas contente. *(Elle raconte l'histoire en demandant à l'enquêteur de ne pas la retranscrire)*. Et tu vois, après, je me suis effondrée en larme dans les bras de...*Elle montre le bureau d'un de ses associés*. Et là, c'était un vrai soutien !

**Est-ce que tu penses qu'être en groupe permet une meilleure gestion des urgences ? Comment vous vous organisez pour les urgences ?**

Alors ça c'est pas encore bien défini. On essaie chacun de voir nos patients. Quand le médecin est pas là, ben ça retombe sur les autres. Après, on n'a pas de plage prédéfinie pour les urgences, on essaie de caler ça en fin de matinée, fin de journée. Après en pratique, c'est pas toujours respecté, donc on rajoute un peu partout.

**Et est-ce que tu as une activité en dehors du cabinet ?**

Oui, je suis médecin de crèche du village, donc je vois quelques enfants de moins de 3 mois qui entrent en crèche. Mais ça me prend pas trop de temps.

Et sinon, je vais oui, à la maison de retraite d'ici et de...*Elle cite de nombreux villages des alentours, jusqu'à un périmètre assez large*.

**Ah oui, vous allez super loin !**

Oui et parfois, c'est vrai que c'est un peu lourd.

**Et ça tu penses que tu le ferais si tu étais installée toute seule ?**

Oui, mais après, moi je fais attention à mettre un peu des barrières pour prendre des patients dans ces institutions-là. Après, on n'a pas trop de choix, parce que personne veut. Après, il y a des endroits où clairement moi je prends plus du tout de nouveau patient.

Mais seule, oui je l'aurais quand même fait parce que j'ai repris une patientèle, donc je pouvais pas dire aux gens : « ben non débrouillez-vous » *elle hausse les épaules*.

Mais après, si j'avais le choix, je diminuerais le périmètre.

**Ça marche. Et est ce qu'il y a d'autres professionnels de santé, dans la structure ?**

Oui, il y a un kiné, et trois infirmières. Mais on bosse de façon très indépendante.

**Et vous avez des activités de prévention, ou d'éducation thérapeutique ?**

Non. *Elle fait non également de la tête.*

**Ok. Est-ce que tu fais des FMC ?**

J'en fais un peu, j'en ai pas fait beaucoup. J'en ai fait une cette année. Donc j'en ai pas trop fait. Après, ça m'intéresse, mais ça demande une organisation aussi, souvent c'est la semaine, ça peut tomber la semaine où je travaille... Bon après, on peut toujours se faire remplacer, mais bon...

**Oui, donc même pour un ou deux jours, tu pars pas sans remplaçant ?**

Ben on essaie de trouver un remplaçant. C'est la règle. Elle est pas toujours respectée, mais moi j'essaie en tout cas.

**Au niveau de l'aspect financier, est-ce que tu penses qu'être en groupe permet de diminuer les charges ?**

Pas trop. Après moi j'ai connu que ça. C'est sûr que ça permet de diviser le loyer, de diviser plein de choses, mais après, c'est en rapport avec la surface des locaux...Après, heu, oui, on divise les charges, l'électricité, les charges locatives...

**Et vous avez du matériel que vous partagez ?**

Non, en fait c'est chacun à son petit matériel. On n'a pas de gros matériel.

**Vous n'avez pas un ECG commun ?**

Non, nous on en a un, un des autres associés en a un et le dernier associé n'en a pas.

**Ok. Donc vous partagez pas tout.**

Non. Il y a certaines choses qu'on achète en groupe, mais la plupart du petit matériel, on l'achète séparément. Les spéculums c'est séparément, tout ça quoi...

**Donc oui, en fait le fait d'être en groupe pour toi, ça modifie peu les charges.**

Non, ça m'est égal. C'est un fonctionnement comme un autre, on se débrouille bien comme ça, ça me convient.

Après, tout mettre en commun, c'est pas forcément évident, je sais pas en plus si tout le monde souhaiterait le faire ici. En tout cas, nous en arrivant à la maison médicale, ça fonctionnait déjà comme ça, donc on n'allait pas tout changer !

**Oui c'est sûr !** *L'enquêteur sourit.*

Et tu vois, *elle cite un des associés*, il lave ses spéculums, nous c'est du jetable. Après, bien sûr, si on a besoin d'un truc, on se dépanne. L'autre jour, j'avais besoin de *Rocéphine*, je l'ai piquée à l'un deux et je l'ai ramenée le lendemain.

**Oui, donc globalement vous partagez les charges fixes, mais sinon, vous fonctionnez plutôt de façon indépendante.**

Oui.

**Ok. Et par rapport aux patients, toi déjà, tu partages avec l'autre mi-temps, mais sinon, est ce que vous échangez les patients avec les autres médecins ?**

Alors, il y a des gens...Bon déjà dans l'urgence, ça arrive souvent. Et puis, il y a des gens, qui vont vers l'un ou l'autre sans préférence.

**Ok, et est-ce que tu penses que ça représente un avantage pour eux ?**

Oui, ça peut permettre d'avoir plusieurs avis. Enfin...*Elle souffle*. Moi, ça me gêne pas de voir les patients des autres, mais après, ça dépend pour quoi. Si c'est des pathologies un peu compliquées, je préfère qu'ils soient vus par leur médecin. *Elle rit*.

Après, un avantage, oui peut être. Voir quelqu'un qui les connaît moins, ça peut permettre de voir des choses qui n'avait pas été remarquées.

**Oui c'est sûr.**

**Et au niveau des tâches administratives, l'interviewée lève les yeux au ciel ce qui fait rire l'enquêteur, est-ce que tu penses qu'être en groupe permet de diminuer les tâches ?**

Alors en pratique je sais pas...Moi quand je suis arrivée, on m'a refourgué tout plein de tâches administratives ! *Elle s'affale dans son siège*. En fait, c'était notre prédécesseur qui faisait beaucoup de choses...

**Ah merde...Et du coup, vous avez tout récupéré ?**

Ben forcément. Après, c'est pas parce qu'on est novice qu'on a forcément moins de choses à faire. Enfin voilà, c'est comme ça. Du coup, je dois gérer les payes, de la secrétaire, des femmes de ménages...

**Ah oui, c'est pas votre secrétaire qui gère tout ça ?**

Non non. La secrétaire elle fait le secrétariat de base. Elle gère la prise de rendez-vous, elle scanne un peu, mais voilà, c'est tout.

**Oui, donc en l'occurrence, pour toi, ça a plutôt augmenté les charges.**

Pour le reste après, chacun fait sa compta, enfin j'ai un comptable, mais je veux dire la compta de tous les jours, on la fait. Non non, après, en tout cas ici... Mais c'est particulier aussi, notre secrétaire elle a un handicap, donc elle fait que ce qu'on lui demande. Après, il y a plein d'autres endroits où la secrétaire elle fait tout un tas de truc. Mais moi, je cherchais pas non plus forcément qu'on me fasse tout ça, parce que faire la compta ça me gêne pas plus que ça.

**Oui, là, c'est plus gérer les autres que te gérer toi qui pose problème...**

Voilà, c'est plus ça. Cette fin d'année, elle a été pénible. On a du gérer une fin de contrat. C'est des trucs, tu comprends rien, tu sais pas ce qu'il faut faire, et ça te tombe dessus. Ça c'est pas très cool.

**Oui, c'est vrai que dans les autres structures, c'est pas les médecins qui gèrent ce genre de choses. Mais c'est pareil, en arrivant, c'était délicat de vouloir tout changer.**

Ben c'est vrai que même si tu te dis que voilà quoi... Tu n'oses pas trop dire non. C'est un peu délicat quand même. Mais c'est vrai que ça m'a pesé cette année, cette fin d'année-là.

**Oui, et en plus il y avait peut-être des facteurs hormonaux et une fatigue...L'enquêteur montre son ventre.**

Oui, en plus, *elle rit*. Je pense qu'effectivement j'étais pas au top !

**Tu vois d'autres avantages à me signaler ?**

Non, pas spécialement. *Elle hausse les épaules*.

**Ok. Et alors, est ce que tu peux me donner les inconvénients que tu trouves à l'exercice en groupe ?**

Ben il faut bien s'entendre avec ses collègues...*Elle prend une petite voix*. Le jour où ça pète, ça pète vraiment. Il faut savoir mettre de l'eau dans son vin.

**Ça t'est arrivé d'avoir un conflit avec un des médecins ?**

Non, pas un conflit, mais après, on n'est pas toujours d'accord. Mais on discute, on en parle. Mais pas de réel conflit. Ben heureusement, ça fait un an. *Elle sourit*.

**Et au niveau professionnel, est ce que tu vois des inconvénients au fait d'être en groupe ?**

*Silence.*

**Par exemple, est ce que le regard des confrères sur tes horaires ou ta pratique peut te poser problème ?**

Non, pas vraiment. Heu... Sur les horaires non, parce qu'on a à peu près la même pratique. Après, sur la pratique, c'est plus... Non. Non.

Après, si j'ai vu un de leur patient et que j'ai un doute, je leur dis : « j'ai vu ça j'ai fait ça, après tu verras... ».

**Ok. Mais c'est pas un vrai inconvénient.**

Non.

**Ok, et pour le partage des patients, même avec la consœur avec qui tu travailles, est-ce que pour toi c'est un inconvénient ?**

Non, ça m'est égal.

**Et pour les prises de décisions, comment ça se passe ?**

Alors du coup, il y a deux structures. La structure médicale pure, donc c'est une société de fait, on gère le secrétariat qui est que aux médecins. Mais c'est facile de gérer ça parce qu'on est tous là.

Et après il y a le groupement médical et paramédical, avec donc les médecins et les autres de l'autre côté. Là, on se réunit quand il faut, quand il y a des soucis. Donc il n'y a pas de problème. Là c'est vraiment du commun, donc c'est normal de gérer ça en commun.

**Et pour l'absence des confrères, il cherche aussi des remplaçants ?**

Ben ça dépend. Des fois quand c'est un jour ou deux pas toujours. Alors ça peut être gênant quand c'est une grosse journée. C'est déjà arrivé à ma collègue de se retrouver un mercredi toute seule toute seule. C'est un peu dur ! Bon après il faut le faire, on le fait. C'est une journée ça passe, mais il faut pas plus. Après, plus, c'est pas possible.

**Est-ce que tu penses qu'il y a des inconvénients pour les patients ?**

*Elle souffle.* Non pas spécialement. Après, nous on a vraiment un fonctionnement particulier à deux. Ils nous voient l'une comme l'autre, mais pour l'instant, je n'ai pas eu de retour négatif de la part des patients.

Après, on leur a pas laissé le choix.

**Oui, c'est sûr.**

Parce qu'à l'heure actuelle, trouver un médecin qui accepte de nouveaux patients, c'est compliqué. Nous on a pris la succession donc ils sont venus avec nous. Mais bon, ils s'adaptent, et puis ils sont déjà contents qu'il y ait eu quelqu'un pour la succession.

**Oui. Donc pas spécialement d'inconvénient.**

Non après s'ils préfèrent l'une ou l'autre, il n'y a pas de soucis, et si c'est une urgence, ils prennent celle qui est là.

*Silence.*

**Et par rapport au départ potentiel d'un de tes confrères, est-ce que pour toi c'est un inconvénient ?**

Non, j'y pense pas, parce qu'ils sont encore en bonne santé. *Elle montre les muscles de ces deux bras pour signifier la force et rit.* Après, je suis quand même assez contente de voir qu'il y a quand même beaucoup de jeunes qui arrivent en Ardèche. Du coup, je me dis que quand il y aura un départ, on n'aura peut-être pas trop de difficultés à trouver quelqu'un. C'est vrai que là, en peu de temps, vous avez été nombreux à vouloir vous installer dans le coin. Et puis c'est sûr qu'avec les internes, du coup, ils voient ce que c'est, et puis ça à l'air de plaire parce que beaucoup restent plus ou moins là. Donc c'est cool.

**Tu vois d'autres inconvénients ?**

Non.

**Et au niveau du recul sur la pratique, est ce que tu changerais quelque chose pour optimiser ta pratique personnelle ou la pratique du groupe ?**

*Elle souffle.* C'est difficile comme question ! *Elle rit.*

En plus j'ai qu'un an de recul.

**Par exemple pour ta qualité de vie...Je sais pas, pour mieux être dans ton travail, mieux t'entendre avec les autres ?**

Ben du coup, au niveau de la qualité de vie, ça va parce que le système d'une semaine sur deux me va bien. Après, la semaine où on bosse est du coup très chargée, mais voilà, on a cette compensation-là.

Donc de ce côté-là, je changerais rien. Je trouve ça satisfaisant. Même si on finit tard parce qu'en plus la paperasse prend encore du temps parce que on n'a pas encore l'habitude...Mais c'est bien.

**Et dans l'interaction avec les autres ?**

Franchement dans l'immédiat, je vois pas grand-chose.

*Silence.*

Après, on se voit pas beaucoup. On pourrait faire des réunions, je sais pas, trimestrielles, mais pour l'instant, on n'a pas besoin. Quand il y a un problème, on en parle, mais c'est hyper rare.

**Oui, en plus, j'ai l'impression que vous fonctionnez de façon assez indépendante.**

Oui, c'est vrai. Mais quand même, quand il faut, on se voit, quand on a une question, on peut la poser...

**Oui, on en revient au côté rassurant.**

Oui, c'est l'avantage. Mais c'est vrai qu'on a chacun notre fonctionnement, chacun notre matériel.

**Et toi, avec ta collègue, ça se passe bien ?**

Oui, après, on s'appelle beaucoup aussi... Il y a des semaines où on s'appelle tous les jours.

**Oui, je comprends, l'enquêteur rit.**

Après, c'est un peu notre contrat. On est un peu pareil toutes les deux. On a besoin aussi de s'appeler. Donc voilà.

**Donc là-dessus non plus, tu changerais rien ?**

Non, elle sourit. Après, c'est toujours avec une seule année de recul.

*Silence.*

**Ok, bon ben je te remercie.**



## **10. Entretien Dr I**

### **Est-ce que tu peux te présenter s'il te plaît ?**

J'ai 59 ans, je suis médecin généraliste dans le village ..., petite ville d'Ardèche méridionale. Ca fait 30 ans que je suis installé. J'ai fait ma coopération à Madagascar, j'ai passé ma thèse à Paris, chez Gentilini à la Pitié Salpêtrière. Et heu...je suis promoteur d'un projet de maison de santé pluridisciplinaire, qui a été inaugurée le 1<sup>er</sup> juin 2009.

**D'accord.**

### **Et avant ça, tu exerçais comment ?**

Avant ça, j'exerçais en cabinet isolé, mais...depuis 1983, mais j'avais, avec des confrères, mis en place un service d'imagerie médicale, avec les 4 médecins de la ville. Et ça a fonctionné pendant plus de 10 ans, en fonctionnant 2 heures par jour, du lundi au vendredi, radio plus écho.

### **Et donc tu es passé directement du cabinet isolé à la MSP ?**

Alors je suis passé effectivement du cabinet médical à la maison de santé. C'est un projet qui a été élaboré en 2007, et qui s'est très vite réalisé, puisque, 2 ans après, on était opérationnel.

### **Et vous êtes combien de médecins à la maison de santé ?**

Actuellement, on est 5 médecins associés, 2 internes, et un externe. Donc ça fait quand même une présence par moment de 5 et jusqu'à huit médecins. Et on a aussi sept kinés, et un cabinet de 3 infirmières, même quatre, et un infirmier Azalée qui commence cette année, mais avec lequel on a déjà travaillé dans le cadre de ses compétences en psycho mot.

### **Et tu peux expliquer ce qu'est Azalée s'il te plaît ?**

Ah oui, *il sourit*. En fait l'infirmier Azalée est rémunéré par une association, dont le rôle est de faire de l'éducation en santé et de l'éducation thérapeutique, et aussi de l'accompagnement de patients, dans le cadre d'une consultation dite infirmière. Tout ça coordonné bien sûr avec la maison de santé pour un travail collaboratif et pluridisciplinaire.

**Ok.**

### **Est-ce que tu peux me donner les avantages que tu as trouvés à l'exercice en groupe ?**

Les avantages ont été multiples. Le premier avantage, c'est que si je l'avais pas fait, je serais plus là. *Il sourit*.

## **Hum, hum. Tu serais plus là à cause d'une surcharge de travail ?**

Pour plein de raisons en fait. Une surcharge de travail probable, mais surtout, sans avoir de possibilité de... Avec une possibilité zéro d'innover quoi que ce soit. C'est-à-dire en fait une fin d'exercice catastrophique. Sur laquelle on est en fait piégé par un surplus de travail, et condamné j'ai envie de dire à mourir sur scène.

Parce que normalement, on devrait baisser son activité à la fin de son exercice, c'est comme ça que c'était fait traditionnellement, et lever le pied progressivement jusqu'à l'arrêt d'activité. Et ce qui se passe depuis déjà au moins une décennie, c'est que les médecins, surtout en zone rurale, qui pratiquent la permanence des soins, voir même les urgences de jour comme de nuit, sont dans un exercice de plus en plus intense, et à un âge où malgré tout, la résistance au travail est moindre.

Donc du coup, si j'avais pas fait ça, je serais parti à la recherche d'un exercice soit collaboratif ailleurs, ou alors carrément un mi-temps en Nouvelle Calédonie, et en faisant l'autre moitié du temps, moniteur de plongée, pourquoi pas ? *Rires des deux sujets.*

Donc avec un exercice différent. D'autant plus que mes enfants sont casés, ils sont autonomes, et que du coup, pourquoi s'embêter ?

Par contre, le fait d'avoir choisi de rester et dans des conditions de pluridisciplinarité, c'est aussi que c'est nouveau, donc on peut créer. Deuxièmement, ça permet d'être dans une structure plus du tout isolée. Troisièmement, on fait de la recherche. On passe d'un statut de médecin exécutant à un statut de chercheur, voire même de chef d'entreprise innovant. Et ça c'est un challenge.

Donc du coup, j'ai trouvé que la plus-value de rester, et ce d'autant plus que j'adore être ici ! *Il montre l'ensemble de l'espace du doigt avec sa main droite pour désigner le village dans lequel il exerce.* C'est une ville que j'adore et en plus j'y ai mes racines. Donc du coup, j'ai trouvé que c'était la condition sinéquanone. Si je reste, c'est pour faire à nouveau 30 ans, mais de façon innovante, mais sinon, sinon j'arrête tout de suite. Mais à un moment, il faut prendre une décision.

## **D'accord. Et au niveau de ta qualité de vie, par exemple sur ton temps de travail hebdomadaire, ou sur la possibilité de prendre des congés, est-ce qu'être en groupe t'as apporté des avantages ?**

Alors je prends 6 semaines de vacances, je trouve que 6 semaines, c'est pas si mal comparé à un certain nombre de gens. Et puis quand je prends des congés, je m'éclate bien, c'est pas resté chez moi à couper du bois.

Heu, donc là-dessus, je n'ai pas de soucis au niveau de mes temps de loisirs. Il est vrai que je travaille beaucoup, peut-être un peu plus qu'avant...

Mais comme c'est différemment, comme c'est créatif, c'est pas fatigant. Enfin moi ça me fatigue pas du tout. *Il se recule dans son fauteuil.* Donc si je me fatigue pas, ça va ! C'est un bon critère.

*Rire des deux sujets.*

### **Est-ce que vous avez beaucoup d'échanges professionnels avec les autres médecins ?**

Alors énormément...*Il tousse.* Pardon. Pas exclusivement avec les professionnels avec lesquels je travaille. J'ai beaucoup, beaucoup plus d'échanges avec un échelon beaucoup plus large.

C'est-à-dire déjà avec l'Ardèche méridionale, de par le caractère innovant, mais aussi avec des intervenants que je n'avais pas l'habitude de côtoyer qui peuvent être, soit dans le monde professionnel médical, mais aussi dans le monde artistique, dans le monde politique, même à la limite. Chose auxquelles...que je n'attendais pas, je n'étais pas à la recherche de ça. Mais il est vrai que ce genre d'initiative, ça intéresse beaucoup de monde.

Ce qui fait que ça crée des contacts que je n'avais même pas avant. Donc oui, la réponse c'est évidemment oui. C'est extrêmement ouvert sur la société, tout en restant dans ma vocation première.

C'est-à-dire que ce qui m'intéresse, c'est que ça me permet d'avoir une ouverture pour quelques années, sans pour autant sortir de mon projet professionnel, qui est réellement la médecine générale. Et ça, ça me va bien, parce que je me dis que les études de médecine c'est vachement long, et j'estime que trente ans d'exercice, c'est pas beaucoup finalement. C'est même pas le triple. Donc j'estime que 5 ou 6 ans supplémentaires, c'est logique. Surtout s'il n'y pas de problème de santé, ce qui est...Ce qui ne me semble pas être le cas. *Rire des deux sujets.*

### **Je te le souhaite !**

Du coup, j'ai pas d'argument pour interrompre mon activité. En plus, il y a des jokers. C'est que si, ça me fait chier, si on m'emmerde, avec la maturité, on peut dire : «écoutez, ça vous ennuie ? Heu, vous êtes pas content ? Vous pensez que c'est pas bien ? Ben écoutez, vous pensez sûrement très bien, ben salut ! Il y a des gens qui sont très bien, et je vous souhaite bonne chance ».

### **Et donc du coup, avec les médecins de la structure, vous communiquez ?**

Alors avec les autres médecins, oui, le problème, c'est que, comme on est dans des changements, des changements de croyance, des changements de paradigme, des changements de tout, on ne peut pas basculer d'un système dans un autre aussi facilement. Ça prend du temps et il faut respecter ce temps.

Et notre attitude, enfin nos valeurs, c'est un : la convivialité, comment vivre ensemble. Et ça c'est pas, c'est jamais très facile de vivre ensemble. Il faut être très compliant.

Et la deuxième valeur, c'est la durabilité. C'est-à-dire qu'être convivial 5 minutes, c'est bien, c'est très sympa, mais tout le monde sait le faire. Etre convivial pendant des mois voire des années, ça c'est autre chose ! Et c'est plus compliqué.

Je dirais qu'on établit des rapports avec les confrères, je dirais que sur une échelle de 1 à 10, on est quasiment à 9.5. Donc c'est déjà pas mal. Hein. Et il y a des preuves de ça, tout à fait mesurables. Si un médecin, je dis médecin, mais ça peut être un collègue infirmier ou kiné... Si un collègue est malade, c'est un vrai souci, et c'est partagé. Les émotions sont partagées.

**Ok, donc il y a des vrais rapports humains, et au niveau professionnel, comment ça se passe ?  
Vous avez des réunions, des choses comme ça ?**

Oui, alors on a une réunion par mois, formalisée. Mais en fait on en a plus. On en a que avec les médecins et d'autres avec tout le monde.

Par exemple, on en avait une hier, enfin, elle a été annulée, mais il y en avait une hier, avec médecins, pharmaciens, kinés ... C'est vraiment pluridisciplinaire.

Heu, il y a eu la galette des rois, il y avait quasiment tout le monde, c'était super sympa. Et on a des réunions, qui peuvent être en sous-groupe. Par exemple, quand tu es arrivée, j'étais en réunion avec l'infirmier Azalée pour lui montrer le logiciel pluridisciplinaire. Demain, j'en ai une avec les infirmières pour l'éducation thérapeutique. Donc, il y a énormément de réunions, en plus des réunions réalisées à l'étage des médecins.

**Oui, donc beaucoup d'échanges entre vous et avec les autres professionnels. Déjà le dossier pluridisciplinaire c'est énorme !**

Oui, c'est un énorme progrès. C'est assez récent. Il nous a fallu trois ans, enfin deux ans et demi pour avoir ce dossier partagé, mais vraiment partagé ! C'est-à-dire que même les pharmaciens y ont accès.

**Oui, c'est vrai qu'en général c'est plus un dossier partagé médical pur.**

Voilà, c'était déjà un progrès. Mais là, notre challenge, c'est vraiment le dossier médical partagé mais pluridisciplinaire. Ou véritablement, les professionnels travaillent autour, en accompagnement du patient, avec une empathie partagée.

Et c'est la justification, parce que pour moi... C'est ça la justification de la maison de santé pluridisciplinaire.

Si c'est simplement mettre dans un même immeuble des professionnels... Bon c'est déjà pas mal. C'est pas le niveau zéro. C'est déjà un niveau supérieur à zéro, mais ça reste à un.

Si on prend une échelle de zéro à dix :

- On met des professionnels de santé dans le même immeuble, on est à 1.
- Ils se connaissent, ils se voient de temps en temps, on passe à un niveau 2.
- Ils commencent à élaborer un certain nombre de liens entre eux pour réaliser quelques projets pluridisciplinaires, on est au niveau 3.

- Après, ils ont un dossier médical partagé, on passe au niveau 4.
- Après etc., etc. etc.
- Et au niveau 10, on fait de la recherche, des publications...

Tu vois ce que je veux dire ? Donc voilà ! Nous on est au niveau 3. Mais c'est déjà pas mal. Bon on a une marge de progression importante. Mais on est à 3 en partant de zéro, c'est pas si mal.

**Par rapport aux autres, je suis pas sûre que vous soyez à trois...L'enquêteur sourit. Tu dévalorises.**

Moi j'évalue à trois, en auto-évaluation. *Il rit.* Mais c'est pas pessimiste, j'ai mes grilles de valeurs.

**Par rapport à la gestion des urgences, est ce que tu penses qu'être en groupe permet une meilleure gestion ?**

Alors ça c'est évident !! D'abord parce qu'on est dans un groupe, où la gestion des urgences, ce n'est pas notre vocation première, mais dans un groupe, chacun a des compétences propres qui peuvent être mises à profit.

Ensuite, c'est une question d'efficacité. Si on a une urgence vraie, et qu'elle est vraiment compliquée, on est vachement plus fort à plusieurs.

C'est déjà arrivé qu'on soit trois pour gérer une urgence. L'un pour la voie veineuse, l'autre pour la voie respiratoire et le troisième pour le protocole qu'on allait mettre en place, l'appel tout ça. Donc c'est déjà une sensation de sécurité.

Quatrièmement, ça permet d'avoir du matériel beaucoup plus sophistiqué. Et d'avoir une gestion de ce matériel.

Sixièmement, ça va être le cas avec les médecins correspondant SAMU, d'avoir une négociation qui ne se situe pas au même niveau. Quand tu as en face de toi l'ARS et que tu leur dis : « attendez, nous on est l'Ardèche méridionale », c'est mieux que de dire : « allo c'est le Dr Dupond ». Donc si tu veux, sur tous les critères, c'est une plus-value entre multiplié par 2 à multiplié par 15.

Et d'ailleurs, la négociation elle va se faire, elle est en cours là, avec quand même, heu des possibilités d'être rémunéré de façon non négligeable.

Là, je suis en train de calculer, rien que sur l'astreinte de nuit, ça représente pour la structure un apport de 365 fois 100 Euros. Donc ça fait quand même 36000 euros. Et après, tu en fais ce que tu veux, tu peux partager, tu peux investir en matos... Avec 36000 euros, t'achètes un échographe.

Donc si tu veux, par rapport à ce que j'ai connu moi, où j'étais seul, ou j'étais pas rémunéré, l'astreinte n'existait pas, et aujourd'hui, moi, chaque année je me paye un échographe.

C'est la différence.

### **Est-ce que le fait d'être en groupe te permet d'avoir une activité en dehors du cabinet ?**

Ben ça je le faisais avant, *il hausse les épaules*, donc j'aurais pu continuer. La plus-value du groupe, c'est par exemple aujourd'hui...

Aujourd'hui, il y a un patient d'un des collègues qui était en perte d'autonomie à domicile, avec sa fille qui était la seule aidante potentielle qui m'a appelé au secours. J'étais en consultation, blindé jusqu'à ce soir. J'ai pu utiliser l'ensemble de la structure. J'ai utilisé l'hôpital local et les collègues pour gérer, tout en mangeant un chocolat. *Il sourit.*

Pourquoi ?

Parce que, premièrement, j'avais un joker qui était l'hôpital local, deuxièmement, j'ai les secrétaires, j'en ai deux même, troisièmement, j'ai une infirmière cadre à l'hôpital local, je la connais bien, je l'embrasse, je lui dis bonjour...*Sourire de l'enquêteur.* Ben oui c'est important. Quatrièmement, il y avait de la place, cinquièmement, il y avait un médecin de la maison qui allait à l'hôpital cet après-midi et qui pouvait parfaitement faire l'entrée, et sixièmement, son médecin traitant qui n'est pas là aujourd'hui, revient demain.

Demain, il revient tranquillo, son patient a été parfaitement géré, il n'a pas trainé aux urgences je sais pas où dans un placard catastrophe, et tout le monde a trouvé son compte et moi j'ai géré tout ça en mangeant un chocolat. *Rires des deux sujets.* Qu'est-ce que tu veux que je te dise de plus ?

### **Et être en groupe, ça te permet de te libérer du temps pour faire des formations ?**

Alors ça, absolument, parce que, il se trouve que quand même, le gros problème de la médecine générale en état, c'est qu'on est payé à l'acte. Hors, dans une structure comme celle-là, si t'as pas fait tes 300 euros dans ta journée, ben tu as perdu de l'argent. C'est objectif, c'est absolument objectif. Donc du coup, pour faire 300 euros à 23 euros la consultation, ben il faut voir des gens.

Alors qu'il se trouve que comme nous on a bien négocié dès le départ, et il se trouve que les autres MSP vont le faire, on a ouvert le terrain pour les autres, il faut savoir que cette année, on a reçu 65 000 euros pour la coordination.

Cet argent, je peux le reverser à la structure, je peux en distribuer à mes confrères, aux infirmières, aux kinés, je peux acheter du matériel...Ça me permet de me rémunérer aussi, parce que faire de la coordination, ça prend beaucoup de temps aussi.

*Son téléphone sonne.*

Pour en revenir à la rémunération à l'acte, je pense que c'est une catastrophe, parce que je pense que sous prétexte que ça permet d'être dans une relation normale avec ton patient. Une relation où le médecin dit, *il prend une voix moqueuse* : «je te donne ma conscience, je te donne ma confiance » et voilà on est quitte, je prends tes 100 balles. » Sous prétexte de ça, on se fout de savoir si la consultation a été de qualité.

On se fout de savoir si les critères...Les critères de ce que devrait être une consultation...Je sais pas, par exemple une salle d'attente confortable, une hygiène correcte, un minimum de matériel, un accueil correct...etc. Bref on se demande pas si tous ces éléments mesurables sont présents. Par conséquent, même si je reconnais de la qualité dans le paiement à l'acte, il n'y a pas que des choses négatives dans le paiement à l'acte, il y a quand même beaucoup d'inconvénients.

Mais l'inconvénient que je trouve inacceptable, c'est que ça crée de mauvaise qualité. Alors, le corolaire, c'est le paiement forfaitaire. Le paiement forfaitaire exclusif peut avoir exactement les mêmes conséquences. C'est-à-dire que moi, c'est certain que la pendule on va pas me la voler. Je la regarde toutes les 5 minutes. Alors qu'en paiement forfaitaire, quoi que je fasse, je suis payé pareil.

Comme d'habitude, la solution est souvent dans les éléments mixtes.

Et parmi ces éléments mixtes, il y a les NMR, les nouveaux modes de rémunération. J'essaie de les développer, je passe énormément de temps au téléphone, je fais mon travail de managing. Et oui, même les médecins doivent savoir manager. Il faut qu'il y en ait au moins un dans l'équipe, parce qu'on est une entreprise.

Quand on voit qu'un médecin ici a un chiffre d'affaire au-delà de 200 000 euros et qu'on est 5, ça fait quand même un million d'euros ! *Il ouvre les mains.* Donc une entreprise qui développe un chiffre d'affaire de plus d'un million d'euros, il faut quand même se poser des questions de savoir s'il n'y a pas besoin d'un managing. Il faut avoir cette réflexion et arrêter de passer son temps à pleurnicher je sais pas quoi ! *On sent une pointe d'énervement dans sa voix.* Alors qu'on a la chance d'avoir ce métier et qui brasse quand même une somme d'argent, dans un monde qui souffre. Les entreprises souffrent, mais pas nous. On est plutôt, on reste, on devient indispensable. L'état a tout intérêt à investir dans la santé.

Donc on est super bien placé, on a bien fait. Et surtout médecin généraliste, parce que autant nous on n'a pas de fermeture, autant les ophtalmos, autant les gynécos, autant les machins, quand tu sors de ces orifices, ben t'es un peu bloqué.

**Et oui, la question de départ, c'était les formations, tu en fais ou pas du coup des formations ?**

Là, actuellement, heu oui. Qu'est-ce que j'ai fait récemment ? Ben j'ai fait la formation correspondant SAMU, et en ce moment, j'ai plus besoin d'avoir des échanges autour de la maison de santé que des formations médicales pures.

Là j'ai des propositions de formation en managing que je pense accepter, j'ai des propositions de formation en écho, je révise un peu. D'ailleurs, il faut que je fasse un film car j'ai une présentation à faire à un congrès. Enfin j'ai plein de trucs à faire, je m'ennuie pas !

*Il a un petit sourire en coin.*

**J'imagine ! Et du coup, on l'abordait un peu tout à l'heure, est-ce que vous avez mis en place des séances d'éducation thérapeutique, ou des séances de dépistage ou de prévention ?**

Alors, notre référentiel ici, c'est la charte d'Ottawa (cf. définition). Donc en fait c'est le caractère indissociable de la promotion de la santé, de la prévention et du soin.

Et du coup, on a, au niveau de l'éducation, développé en partenariat avec la MSA et avec l'institut national de promotion de la santé, heu...

On a, c'est eux qui sont référentiels pour la MSA, et du coup on les a rencontrés, on a passé convention avec la MSA pour développer une pédagogie en éducation thérapeutique sur le thème qui nous convenait, c'est-à-dire, les facteurs de risques neuro-cardio-vasculaires.

Et du coup, ça tombe très bien parce que ça ouvre sur tout quasiment. Donc on a déjà commencé ça, on a fait déjà deux sessions complètes, et trois ateliers.

**Vous le faites ici ?** *L'enquêteur montre les murs de la structure.*

Oui oui, on a tout ce qui faut, on a le matériel pédagogique, on a tout ce qui faut pour le faire. Donc là-dessus, ça y est on est rodé, on est encore novice, mais on a un début de rodage. Et on est en train d'essayer d'intégrer l'infirmier Azalée. Parce que quand les personnes sortent des séances d'éducation thérapeutique, c'est pas fini, au contraire. C'est le début et du coup, c'est pas mal d'avoir un accompagnement. Et nous on est pas capable, seul de faire tout ça. On le sait, seul on n'est pas bon. Donc on est dans un projet d'essayer de créer une sorte de matrice qualité. Et on est en train de la co-construire avec la FEMASRA. Et moi, j'ai des idées très très précises des critères qualité.

Et il faut une approche systémique, toujours ! La médecine, c'est pas que la paupière droite de l'année bissextile ! *Rire des deux sujets.*

**Et au niveau des tâches administratives, bon toi tu en fais beaucoup pour la maison de santé, mais est-ce que tu penses qu'être en groupe diminue ces tâches ?**

Ben oui et non. Parce que le groupe attire vers le haut. Et pour augmenter la qualité, tu augmentes les tâches. Donc on peut pas dire que ça diminue les tâches administratives, mais, est ce qu'on parle de la même chose ?

Je pense que la qualité n'a rien à voir. *Il s'affale dans son fauteuil.*

**Et pour les patients, tout à l'heure, on a vu le côté urgences, est ce que tu vois des avantages pour les patients ?**

Oui. Parce qu'aujourd'hui, il y a un vieillissement de la population médicale qui est quand même majeur, et ce que les gens n'ont pas compris, c'est que tout le monde vieillit au même rythme. C'est-à-dire que c'est pas plus un pour Pierre et moins un pour Jacques.



**Oui, le médecin reste pas à trente ans quand le patient passe à quatre-vingt !** *Rire de l'enquêteur.*

Mais c'est bizarre parce que les gens n'ont pas compris ça. Ça me rappelle dans Astérix et Obélix aux jeux olympiques quand ils passent tous la ligne d'arrivée en même temps.

Donc la réalité démographique actuelle est que ça va pousser jusqu'en... encore 20 ans. On est vraiment dans l'accélération et on n'a pas vu encore ce que ça allait donner. Clairement, heu, la difficulté va être que les départs vont se faire tous en même temps. Et du coup, il faut que l'organisation qu'on met en place, tienne compte de cet élément-là.

Et je pense que la médecine générale a longtemps été dénigrée, été la cinquième roue du carrosse... C'était même pas une spécialité ! C'était rien du tout ! On donnait par contre la paperasserie aux généralistes, les bons de transport tout ça... Hors, à cause de tout ça, on a plus du tout les moyens de faire n'importe quoi. Et comme à chaque fois qu'on est dans le caca, on va revenir aux fondamentaux. Donc on va revenir sur la médecine générale. Je prévois de très très beaux jours pour les médecins généralistes.

**Non mais moi je te parlais des avantages pour les patients, pas pour les médecins !!** *Rires de l'enquêteur.*

Ah oui ! *Il sourit.* Mais si les soignés n'ont pas de soignants, ben ils sont pas soignés. Voilà, je réponds à ta question en faisant un saut périlleux arrière, pour qu'il y ait une relation soignant soigné, il faut qu'il y ait des soignants.

**Donc pour toi, le fait d'être en groupe, ça assure une sorte de pérennité ?**

C'est une évidence, je ne pense pas qu'un médecin va venir prendre la succession du dernier des mohicans. *Il sourit.* Enfin moi je le ferais pas personnellement. Donc le fait d'être en groupe, en tout cas, je sais pas si ça assure une pérennité, mais je dirais que c'est un élément nécessaire.

Il faut que ce soit solide. Il faut que ce soit un groupe opérationnel, qui ait un vrai projet de santé. Il faut qu'il y ait un respect, il faut qu'il y ait un désir de convivialité, durable. S'il n'y a pas ça, ça ne marchera pas. Et il faut, voilà... Si possible un groupe pluridisciplinaire, parce qu'aujourd'hui, la vraie problématique est la maladie chronique. Contrairement à la maladie aiguë, qui reste relativement simple, la maladie chronique, elle ne l'est pas et nécessite une approche systémique etc.

**Ah mais c'est sûr ! mais c'est en train de se développer. Doucement, mais c'est récent cette vision.**

Oui, on est des pionniers, mais c'est bien !

**Est-ce que tu penses qu'être en groupe diminue les charges ?**

Bien sûr que non ! Bien sûr que non, ça les augmente !

On le sait, tout a montré que ça les augmentait. Mais par contre, heu, c'est pas pour autant que les médecins se retrouvent comme des miséreux, il faut arrêter avec ça, c'est pas vrai, pas du tout ! Moi je gagne pas moins bien ma vie. J'ai plus de dépenses, mais par contre, j'ai plus de recettes.

J'ai d'autres rémunérations qui viennent se greffer, après, ceux qui veulent faire de l'acte peuvent faire de l'acte, c'est pas interdit ! Sauf que nous on a mis en place un système qui fait que celui qui fait que de l'acte, financièrement, il est pénalisé.

### **Et quels inconvénients tu citerais dans le fait d'être en groupe ?**

Les inconvénients, c'est que... On est quand même... On est quand même dans le libéral, mais avec une incertitude qui est quand même importante ! Si on s'engage dans des projets de groupe, le risque quand même qu'il y ait des interactions douloureuses, est quand même grand. C'est comme en amour... L'amour c'est bien, mais il peut y avoir des échecs, et des sacrés retours de bâton. Donc du coup... Mais c'est la vie.

Après, c'est sûr que sur 5, si j'ai deux médecins qui partent, ça va pas être facile. *Il se pince les lèvres.*

On peut se retrouver dans des situations économiquement douloureuses, et difficiles à gérer.

Donc l'inconvénient principal, c'est qu'il y a une prise de risque beaucoup plus importante. Incontestablement.

Mais d'un autre côté, le fait de ne pas le faire, est un risque supérieur. Un médecin isolé, à mon avis, est condamné. Et en plus condamné de façon grave ! Il peut faire un burnout, ça existe !

Dans l'autre sens, on peut quoi ? On peut faire faillite. Bon ben on fait faillite on fait faillite. On recommence, on se réinstalle. C'est embêtant, bien sûr, mais c'est beaucoup moins grave qu'un échec personnel.

Voilà, ça c'est un point négatif. L'incertitude et la prise de risque. Mais on rejoint la systémique ! Dans la vie, c'est pas grave de pas savoir comment on va faire, mais c'est grave de pas savoir où on veut aller. Après, tu veux aller à Rome, tu passes par Bruxelles, c'est pas grave, tu vas y arriver.

### **D'un point de vue professionnel, est ce que tu vois un inconvénient ? Par exemple pour le partage de patients...**

Alors là, aucun. Non seulement c'est pas un inconvénient, mais c'est une plus-value.

Alors, la problématique qu'on peut avoir, en médecine générale, c'est d'imaginer une seconde, par narcissisme sans doute, qu'on est vraiment la perle rare pour tel patient. Par exemple Dupond avec Durand.

Et ben Dupond, qui est le médecin, et ben il se fout le doigt dans l'œil.

Et, heu franchement, le fait de pouvoir dire au patient : « bon ben moi je suis votre médecin traitant parce que ben il en faut bien un, mais vous savez, ça n'a aucune importance, vous pouvez aussi bien aller voir ma copine... Ici c'est une structure, moi je suis votre médecin traitant, ok, je vais vous prendre en charge. Mais s'il y a une urgence et que je ne suis pas là, vous verrez untel. Votre cas sera parfaitement tracé, et je poursuivrai votre prise en charge à mon retour. Et si vous me quittez, ça n'a aucune importance. »

**Et toi, de voir les patients des autres, ça te gêne pas ?**

Absolument pas. Et je m'occupe de la bonne tenue du dossier des patients de mes confrères et des miens de la même façon. Et j'attends, bien entendu la même chose de mes confrères.

**Et par rapport à la gestion des urgences, on a vu les avantages tout à l'heure, est ce que tu vois des inconvénients ?**

Heu non, j'en vois pas. Heu, la seule problématique qu'on n'a pas réglée et qui est une problématique importante, c'est la nuit profonde. Moi je pense qu'il faut la gérer, mais la gérer en tant que structure. Donc il faut trouver parmi les médecins, ceux que ça dérange pas d'être appelés à 4 heures du matin. Etre appelé pour une urgence vraie, parce que c'est gérer par le SAMU, donc on va pas être appelé pour n'importe quoi. Et avec ça avoir 65000 euros, et tout ça que pour l'astreinte de nuit. Mais voilà, si je suis tout seul, à 59 ans, à dire allé, chiche je le fais, c'est pas raisonnable.

Donc c'est ça la difficulté, c'est arriver à convaincre les collègues qu'on a tout intérêt à réfléchir. Et bien sûr, si tel médecin pour trois ou quatre ans ce n'est pas possible, garder un esprit collaboratif. Comme on le fait dans un bateau quand on traverse le Pacifique, s'il y en a un qui est malade et qui vomit, les autres prennent le relais. Ce qui faut, c'est arriver à bon port. Mais c'est une difficulté.

**Oui donc les prises mutuelles de décision.**

C'est ce qu'on appelle le managing. C'est ça hein. C'est comment arriver à gérer une situation donnée pour que le groupe puisse avancer. Ça c'est un métier nouveau. Et je pense que les médecins généralistes, on a tout intérêt à intégrer dans leur formation des cours de managing.

Il doit apprendre comment on manage un groupe. Parce que s'ils ont pas cette connaissance-là, c'est comme si t'as jamais fait de compta, tu galères.

**Au niveau des incompatibilités d'humeur, est-ce qu'être en groupe pose des problèmes ? Est-ce que vous avez déjà eu à faire à des conflits ?**

On n'a pas encore réussi.

## **A avoir des problèmes ?**

Oui, on n'a pas réussi. On a essayé hein, *il sourit*, mais on n'a pas réussi. Pour te dire, il y en a un qui s'est pété l'épaule, on s'est réparti ses charges jusqu'à ce qu'il soit remis d'aplomb, maintenant c'est la tontine qui fait ça. Il y en a un qui a eu un accident, c'est nous qui avons cédé la sédation parce que c'était une catastrophe, la prise en charge. Enfin voilà, non, on a vraiment le souci de l'autre. Non, il n'y a pas de conflit. Et puis on a tous conscience qu'on est dans le même bateau et qu'on a aucun intérêt à ce que le bateau coule ou qu'il soit désagréable.

## **Est-ce que tu penses qu'il y a des inconvénients pour les patients dans le fait d'être en groupe ?**

Alors les patients sont évidemment face, au même titre que nous d'ailleurs, à une restriction enfin face à l'obligation de se fondre à une organisation. C'est-à-dire qu'effectivement, un patient qui estime qu'il est normal de faire tout et n'importe quoi sous prétexte qu'il a cotisé à la sécurité sociale, ben là, lui, ce patient-là, ben ça va coincer !

Parce que même si on lui offre une permanence des soins, on n'est pas aussi compliant que lorsqu'on était médecin isolé.

Isolé, avec de la concurrence, des comportements de confrères qui n'étaient pas forcément éthiques, du style, je vois un patient pendant la garde, et je lui dis : « mais comment, comment votre médecin a pu vous prescrire un truc pareil ! », relayer par les urgences, tout ce qui va bien, j'ai vu ça plusieurs fois.

C'est très désagréable. Il y a des patients qui ont profité de ça pour véritablement jouer sur ce type d'attitude pour créer une dépendance, une dépendance inversée.

Ces nouvelles organisations, favorisées par le fait qu'on est plus en concurrence, parce qu'il y a un travail fou – on a rendu les gens tellement dépendant des docteurs que maintenant on a pléthore de travail – on récolte ce qu'on a semé. Donc c'est vrai que on est plus du tout dans la même problématique.

## **Et dans le fait de vous voir tantôt l'un tantôt l'autre, comment ils le vivent les patients ?**

Alors, on a essayé... On a fait un petit audit, où les gens ont dit : « c'était mieux avant », « on aimait mieux votre vieux canapé » alors que clairement, il y avait une plus-value énorme.

Donc on sentait la frustration dans le changement. Mais après, on a vu quand même un certain changement dans les dires : « c'est quand même bien », « vous êtes quand même plus disponible », et puis, ils se rendent compte que les dossiers sont partagés, qu'ils n'ont pas à tout raconter à chaque fois. Ils comprennent, et ils se rendent compte que chaque médecin fonctionne de la même façon.

Et finalement, ils sont contents. Et puis, ils ont quand même des échos de ce qui se passe ailleurs, donc ils se disent : « ben finalement c'est top ici ».

Et puis quand ils doutent, qu'ils disent : « oh, c'est un scandale quand même ce qui se passe à la station médicale, vous vous rendez-compte ! », ils trouvent toujours quelqu'un pour dire l'inverse.

Donc on peut dire, enfin, il faudrait refaire des audits, mais la population ne semble pas perturbée du tout.

### **Donc il n'y a pas tellement d'inconvénient ?**

Ben non car on continue à faire des visites, on continue à aller à l'hôpital local, ils se rendent bien compte, et ils ont une image positive quand même du système.

### **Au niveau du recul sur la pratique, si tu devais changer quelque chose, ce serait quoi ?**

Pour optimiser, il faudrait un échographe. Enfin, il faudrait du matériel. Il faudrait un échographe, il faudrait un défibrillateur, il faudrait un secrétariat pour la partie coordination pluridisciplinaire.

Une secrétaire de coordination, ça pourrait me dégager moi du temps.

Là, je me rends compte que je suis déficient dans ma capacité à organiser ne serait-ce qu'une réunion comme il faut. Parce qu'il faut énormément de temps. Il faut téléphoner aux gens, envoyer des e-mails, relancer... Il y a tout un travail de managing, qui est normal –il ne faut pas croire que les gens vont se mettre au garde-à-vous comme ça – qui fait que moi je peux pas le demander aux secrétaires là car elles ont déjà trop de travail, mais moi j'en ai besoin.

Pour que quand même, je puisse arrêter d'empiéter sur mes temps libres, parce que sinon c'est moi qui vais me retrouver dans un manque de temps personnel.

### **Et pour assurer la pérennité de la structure ?**

Alors ça, je pense que ça dépend surtout des politiques. On travaille dessus avec la fédération. On est évalué. Pour l'instant on a de bonnes notes.

*Il a un petit sourire en coin.*

Mais pour que ce soit pérenne, il faut bien sûr que ce soit conventionnel. Hors actuellement, on n'a pas encore rendu ça conventionnel les nouveaux modes de rémunération.

C'est en cours, mais en fait, on aurait préféré nous, qu'ils ne soient pas dans la convention.

Qu'ils soient simplement par décret, hors convention. Parce qu'à chaque fois qu'on veut changer quelque chose dans une convention, il faut l'accord de tous les syndicats.

Et les syndicats ne sont pas systématiquement d'accord.

*Il leve les bras au ciel.*

Bon MG France c'est pas un souci, mais la CSMF et d'autres syndicats, pas toujours.

Certains sont quand même furieux de notre succès et pensent : « ah, ces généralistes, ils prennent notre part de gâteaux ». Parce que c'est ça, c'est des partages. Et les choix politiques en notre faveur ne sont pas appréciés de tous les syndicats. Et ça peut être un frein à nos projets. Mais le jour où on a gagné cette partie-là, ça va se jouer dans les 2 ans, c'est gagné.

Mais la marche arrière sera impossible, donc je pense qu'on n'a jamais eu une conjoncture aussi favorable à ce type de projet.

*Silence.*

**Ok, on s'arrête sur une note positive !**

**Je te remercie.**

## 11. Entretien Dr J

### **Est-ce que vous pouvez-vous présenter s'il vous plait ? Me parler un peu de votre parcours ?**

Donc je suis installé, j'ai commencé le premier janvier 1989. J'ai commencé mon exercice médical en rachetant une patientèle. Il y a avait déjà un médecin qui travaillait dans un cabinet, on a travaillé ensemble pendant deux ans, après il a arrêté et il est parti aux Etats-Unis, donc j'ai eu un nouvel associé. Et trois quatre ans après, on a créé une maison médicale avec un troisième médecin, et au bout de quelques années, on a cherché un nouvel associé. Donc depuis, on est à cinq. Par contre on est uniquement des médecins, il n'y a pas d'autres professions de santé.

### **Et à côté, j'ai vu un autre bâtiment, c'est quoi ?**

C'est les infirmières.

**Ok.**

Heu. Donc on est 5, avec deux secrétaires et demi. *Il souffle.*

### **Elles sont en mi-temps ?**

Non, il y en a une à plein temps, une à trois quart de temps et une à mi-temps. C'est ça à peu près la répartition. Heu voilà. Je fais de la médecine du sport aussi, je fais de l'ostéo, je suis médecin pompier, médecin correspondant SAMU, et je fais de la régulation au centre 15.

**D'accord, donc bien occupé.** *Sourire de l'enquêteur.*

### **Vous avez quel âge si ce n'est pas indiscret ?**

J'ai 54 ans dans quinze jours. *Il sourit.*

### **Ok. Est-ce que vous pouvez me donner les avantages que vous avez trouvés à l'installation en groupe ?**

Ben nous, on a que des avantages parce qu'on a l'avantage de bien s'entendre.

Donc on a pu mettre en commun un secrétariat efficace. Parce que tout seul, ou même à deux, ça peut quand même revenir relativement cher.

Les secrétaires couvrent la plage horaire complète, et elles s'occupent de tout ce qui est administratif. Elles gèrent le téléphone, les prises de rendez-vous, tout ça... Donc moi, je m'occupe de rien. Ça me dégage un jour par semaine où je ne travaille pas, je veux dire pas du tout.

Au niveau des gardes, c'est génial, parce que du coup ça les divise.

### **Vous les partagez que tous les cinq les gardes ?**

L'hiver, on partage même avec... (Il cite le village). On est dix dans le canton, ça nous fait donc une nuit sur dix et un week-end sur dix. Bon l'été ça fait beaucoup plus.

### **Oui, j'imagine...**

Ca fait une garde par semaine et un week-end sur 5. Et c'est plus lourd. *Il hausse les sourcils.*

Mais sinon, moi j'ai que des avantages, c'est du bonheur. J'ai travaillé à deux dans des conditions difficiles, mais là, travailler à cinq dans une maison médicale, c'est le jour et la nuit. Je pense pas que j'aurais tenu. Je pense pas que j'aurais tenu. Et je pense que c'est une hérésie de s'installer seul aujourd'hui. Je pense que c'est suicidaire. On peut pas tenir. On peut pas tenir le rythme, physiquement, mentalement... Et donc il y a un confort à plusieurs qui nous permet de durer.

### **Et pour vous, c'est facile de prendre des congés par exemple ?**

Oui, sans soucis, d'autant qu'on a des remplaçants attirés. Oui oui, c'est pas un souci. Et puis les remplaçants, de toute façon, quand on est en groupe, c'est aussi plus facile de les trouver. Avec les secrétaires, un bon fonctionnement, ils se sentent pas seuls, c'est super.

### **Et vous recevez des internes aussi, ça peut vous amener des remplaçants ?**

Oui, c'est clair.

### **Vous avez un prat' et un SASPAS ?**

Non, on a deux prat'.

### **Ok. Et au niveau professionnel, est ce que vous avez beaucoup d'échanges avec les autres médecins ?**

Oui. *Il regarde le plafond.* Si, oui oui, on communique pas mal, sur tout ce qui nous embête un petit peu, pour les trucs un peu lourds.

Et par exemple pour les grosses urgences, quand on sort, souvent on s'appelle pour amortir un peu. Techniquement et psychologiquement, parce que des fois...

Je suis très proche du gars avec qui ...*Il toussé...*avec qui j'ai commencé. Ça fait 25 ans qu'on bosse ensemble, on a traversé pas mal de trucs ensemble, donc je suis très proche de lui, donc quand on a des choses qui nous embête, on s'en parle et tout.

Quand on a fini nos journées aussi, on discute. Voilà.

Même de l'évolution, de nos exercices respectifs, de la façon dont on voit les choses, dont on a envie que ça évolue... On discute beaucoup.



**Et vous avez des groupes de pairs ou des réunions de ce genre ?**

Non. C'est plus informel. C'est dans la cafétéria de la maison. *Rire de l'enquête.* On n'a pas de truc formel comme ça. Et puis on n'a pas beaucoup de temps, et ça demande du temps d'organiser ça. Après, on est voilà... C'est une bonne idée, mais il faut du temps.

**Ah oui c'est certain.**

**Et par rapport à la gestion des urgences, comment ça se passe ?**

On tourne pour les jours d'astreinte.

**Oui ok.**

Donc par exemple, le mardi c'est moi. Donc je gère les urgences au cabinet et s'il faut sortir. Je me débrouille ce jour-là, pour avoir la disponibilité nécessaire pour absorber ça. Et celui d'astreinte fait la nuit aussi.

**Et est-ce qu'avec les autres médecins, vous organisez des sessions de prévention ou d'éducation thérapeutique ?**

Non. Attends, je vois cinquante patients par jour.

**Même l'hiver ?**

Ah ben oui. *Il montre son agenda devant lui avec la liste des patients vus dans la journée.*

**Oui, c'est à flux tendu permanent même l'hiver.**

Oui, je travaille quatre jours par semaine, mais c'est quatre jours où je me fais déboiter tous les jours.

**Et du coup, être en groupe, on a vu que ça vous libérait du temps, vous en profitez pour faire des formations ?**

Non, je fais du sport. *Il rit.* Je me vide la tête. Non plus sérieusement, j'en fais, mais plus des formations de deux jours, sur les urg' surtout. Aussi de la pédiatrie, et j'ai fait une formation de régulation l'année dernière.

**Ok. Et au niveau financier, est ce que vous pensez qu'être en groupe est un avantage ?**

Ben c'est indéniable. On partage les frais de fonctionnement du cabinet, on peut investir dans du matériel. Ça permet de bosser dans un environnement confortable et performant. C'est évident.

**Vous pensez que seul, vous auriez plus de dépenses ?**

Pas forcément, mais j'aurais pas ce confort-là. De toute façon, les charges, si je les donne pas là, je les donne aux impôts... *Rires des deux sujets.* Donc je préfère avoir des charges et un bon confort.

**C'est sûr.**

De toute façon, d'une manière ou d'une autre, cet argent... Je pense qu'il vaut mieux avoir un bon confort et être concentré à 100% sur la médecine, plutôt que peu de charges et se faire exploser et de faire un burnout.

**Et pour les patients, est ce que vous pensez qu'être en groupe c'est un avantage pour eux ?**

C'est indéniable. Après, il y a toujours des ronchons qui râlent. On a eu l'intelligence de passer outre ça, et de dire aux gens : « ben si vous êtes malade, il y a un médecin, si vous ne voulez pas le voir, c'est que vous n'êtes pas malade et puis voilà. »

Il y a toujours des gens pour râler. Mais après, si tous les gens du cabinet, à un moment, fonctionnent de la même façon, c'est bon. On a tous des façons de travailler différentes, mais si on a un raisonnement de fonctionnement qui est le même, ça marche.

Les gens n'ayant pas de prise... Parce qu'ils essayent de diviser, mais s'ils n'ont pas de prise, et qu'ils voient que de toute façon, c'est comme ça et pas autrement, et ben ils finissent par accepter. La relation médecin traitant, elle est importante, mais je pense qu'il faut aussi avoir l'intelligence de leur expliquer que voilà... Leur dire : « ok, vous avez un médecin traitant, mais quand vous êtes malade, l'important c'est de voir un médecin. »

*Il appuie le ton sur le mot « un ».* C'est ce que je leur dis par rapport à ma remplaçante qui est toujours la même. Quand je les vois et qu'ils me disent : « Ah ben vous n'étiez pas là hier, donc on a attendu pour vous voir vous », ça m'énerve.

**En plus vous avez un dossier partagé ?**

Oui c'est sûr, mais c'est important de le dire aux gens.

De dire que oui ils peuvent voir les autres, qu'il est important, a priori d'avoir confiance dans les autres médecins.

C'est important de le dire.

Après, il y a des gens avec qui ça passe pas, mais de notre côté aussi, il y a des personnes que je peux pas soigner, pour plein de raisons... Mais quand il y a une urgence, du moins une urgence ressentie, ben il faut voir un médecin. *Il appuie à nouveau sur le mot « un ».*

Mais je pense que les mentalités changent. Et puis ce qu'on essaie de leur expliquer c'est la chance incroyable qu'ils ont déjà d'avoir des médecins. Y a des endroits où il n'y en a pas.

**Oui, ils ne se rendent pas compte et sont souvent assez exigeants.**

Mais en plus, il faut pas se laisser bouffer par les gens. Parce que quand tu commences, c'est gratifiant de se sentir indispensable, mais ça devient vite un piège. C'est un piège dont il est très difficile de sortir. Parce que quand tu changes les règles, ils ne comprennent pas. Quand tu les as habitués d'une certaine manière, ça va. Mais si tu les as habitués d'une certaine manière et que tu changes, ben là ils comprennent rien, ils sont perdus.

**Oui, c'est sûr.**

Donc il faut vraiment fixer les règles dès le début.

**Vous voyez d'autres avantages à me donner ?**

Moi, je vois que des avantages. Mais après, encore une fois, on a tous à peu près le même âge et tous à peu près la même façon de fonctionner. Moi j'aurais du mal à travailler dans une structure où il y a des tensions.

Surtout, s'il y a quelque chose qui ne va pas, il ne faut pas laisser traîner. Il faut en parler tout de suite.

**Vous avez des réunions, par exemple où vous parlez de soucis de gestion ou d'autres choses ?**

On essaye. Mais après, on est tous tellement surchargé, que c'est difficile de se voir tous les cinq. Mais bon, on se croise, on communique quand même.

**Ok. Bon et bien on va passer aux inconvénients.**

Je vais avoir du mal à en trouver.

**Comme ça spontanément, qu'est-ce que vous pourriez me donner comme inconvénient au fait d'être en groupe ?**

Comme ça, je sais pas trop.

*Silence.*

**Par exemple, est ce que le regard de vos confrères sur votre travail, sur vos horaires peut être pesant pour vous ?**

A partir du moment où on fonctionne tous à peu près de la même chose...de la même manière, il n'y a pas de problème. Après, voilà, je crois que ça poserait problème s'il y avait vraiment une grosse différence d'activité. Mais heu...Moi, franchement, je n'ai pas de soucis particuliers avec le regard de mes confrères. Après, c'est peut-être plus facile quand ça fait vingt ans que t'es là, que t'as monté la structure que quand tu sors de la fac et que tu t'installes avec des gens qui travaillent ensemble depuis perpette. Je sais pas, c'est sûrement plus difficile de s'intégrer.

D'un autre côté, moi j'aspire qu'à une chose, c'est à moins travailler. Je suis à un âge, à 54 piges, où, *il souffle*, j'ai juste envie de freiner.

**Et par rapport au partage des patients, est ce que c'est un inconvénient pour vous, par exemple de voir les patients de vos confrères ?**

Je les vois quand ils sont pas là en effet, mais je n'accepte de les voir que pour les urgences. Sinon, je leur dis d'attendre leur médecin traitant.

**Ah ok, vous faites pas par exemple les renouvellements ?**

Ah non, je refuse. Ah non, si en plus on devait faire ça... Ah non. Et les secrétaires sont bien briffées là-dessus.

**Donc pour vous c'est pas une contrainte ?**

Non. Ça peut l'être si tu prends tout, mais il faut savoir dire non.

**Ça marche. Et humainement, est ce que vous avez déjà été confronté à des incompatibilités d'humeur ou à des conflits avec vos associés ?**

Sincèrement, le plus sincèrement du monde, non. Et je suis conscient de l'immense chance que ça représente. L'immense chance qu'on a d'être dans ce cas de figure. C'est inestimable.

Ça roule, on se marre tout le temps ensemble. C'est... C'est voilà... C'est du bonheur.

**Bon, donc pas de soucis de ce côté-là. Et par exemple pour les prises de décision, est ce que c'est contraignant pour vous de devoir prendre les décisions en commun ?**

La seule contrainte, c'est d'arriver à se voir tous ensemble. Après, on met pas trois heures pour prendre les décisions.

**Et vous partagez tous les frais, comment ça se passe ?**

Tout.

**Ok. Et est-ce que l'absence de vos confrères vous pose problème ?**

Non, parce qu'on trouve toujours des remplaçants. Par exemple, hier, j'étais pas là, je faisais de la régulation la nuit d'avant, et ben il y avait ma remplaçante. Parce que sinon, ils se font déboiter, surtout le lundi. Après, le nouveau, il a moins d'activité, donc c'est moins intéressant pour les remplaçants. S'il trouve pas, bon ben on sait que ça tire un peu plus pour nous. Mais bon voilà.

**D'un point de vue financier, on l'a vu tout à l'heure, le confort compense la petite augmentation des charges.**

Oui, bon après, il faudra que tu demandes aux autres, mais moi je considère pas vraiment ça comme un inconvénient. En plus, ça fait quinze ans qu'on a créé la maison médicale, donc en plus, on a bientôt fini de payer.

### **Oui, vous êtes propriétaire.**

Oui, donc les charges principales c'est les secrétaires. Le reste, ça va pas pisser loin.

### **Et par rapport au départ potentiel d'un confrère ?**

Ben là, c'est quelque chose qui me préoccupe. Ça me préoccupe, parce qu'avec (il cite un de ses confrères) on a le même âge, et que franchement... Il me disait l'autre jour : « ouais, j'en ai marre ». Et moi, je suis là : « ah non, m'abandonne pas ». S'il s'arrête, je sais pas comment je réagirais, parce que j'aurais un surcroît de travail énorme. Même s'il trouve un successeur, parce que voilà, je suis le plus ancien avec lui, les gens me connaissent. Et ça je veux pas, je veux pas, je veux pas. Et pis même hein, ça m'embêterait de travailler sans lui. Ça m'embêterait vraiment.

*Son téléphone portable sonne. Interruption de l'enregistrement de quelques minutes.*

Donc voilà, à un moment donné, on se dit qu'on a le même âge. Et on arrivera à finir ensemble. Mais je pense que c'est pas angoissant pour nous. Parce que on arrivera à trouver des successeurs, parce qu'on a une structure qui tourne, que l'activité estivale fait que même si tu bosses pas trop l'hiver, t'as pas de soucis à te faire. La seule chose qui me fait du souci, c'est qu'il y ait un de nous qui s'arrête parce que ça risque de rompre un peu cet équilibre.

### **Et par rapport aux patients, est ce que vous pensez qu'eux, vivent mal le fait que vous soyez en groupe, de pas toujours voir leur médecin traitant ?**

Je m'en fous.

### **Sourire de l'enquêteur.**

Nan mais sérieux, je m'en fous. Sincèrement, je pense qu'ils sont largement gagnants, à tous les niveaux. En termes de présence, de disponibilité... Donc s'il y a des grincheux, qu'ils aillent se faire soigner sur le plateau ardéchois. Donc je m'en fous.

### **Au niveau du recul sur la pratique, si vous deviez changer des choses, ce serait quoi ?**

Sur la pratique actuelle ? Je changerais rien. Rien du tout.

### **Par exemple diminuer un peu votre charge de travail ?**

Tu sais, c'est un métier, soit tu travailles, soit tu travailles pas. Après, le seul moyen de pas travailler quand t'es médecin, si les gens t'apprécient et que tu as de l'expérience, c'est de pas être là.

Tu peux pas dire : « je suis là mais je peux pas vous voir ». Ouais, j'aimerais peut être avoir plus de temps, peut être prendre plus de vacances, mais t'as un rythme, un mode de fonctionnement, qui fait que c'est pas facile.

Mais ça va se faire, je vais lever le pied petit à petit.

Mais sinon, en médecine générale, j'entends, je suis arrivé à ce que je voulais faire.

Après, si je devais tout refaire, est ce que je choisirais la médecine générale ? Je sais pas.  
Probablement, probablement.

**Bon ben je pense qu'on a fait le tour.**

**Je vous remercie de m'avoir reçu.**

LAMBEY Cécile

Avantages et inconvénients à l'exercice de la médecine générale en zone rurale. Etude qualitative menée auprès de médecins installés dans le département de l'Ardèche.

5 tableaux, 3 cartes, 4 graphiques

Thèse de médecine: Lyon, 2014

---

## **RESUME :**

**Introduction :** Les modifications de la population générale et de la population soignante impliquent de nombreuses mutations dans l'exercice de la médecine générale. L'exercice en groupe et les maisons de santé se sont développés.

**Méthode :** Cette étude qualitative a été menée en Ardèche auprès de dix médecins généralistes installés en groupe. L'objectif principal était de décrire les avantages et les inconvénients à l'exercice en groupe à travers leurs ressentis. L'objectif secondaire était de trouver les moyens de lutter contre les différents inconvénients.

**Résultats :** Il est apparu différents avantages, tels que les échanges humains ou professionnels et une meilleure gestion du temps.

L'exercice en groupe implique également un meilleur confort dans l'exercice grâce à une augmentation des charges qui peut être assez lourde.

L'inconvénient principal retrouvé lors de cette étude est d'ordre humain, mais nous avons également retrouvé certaines contraintes comme le départ d'un confrère ou une gestion parfois délicate des urgences.

Le meilleur moyen pour lutter contre les différents inconvénients retrouvés lors de cette étude est la communication. Mais il est également apparu différents outils pour améliorer l'exercice en groupe avec la connaissance de ses futurs associés, la rédaction de contrats précis ou l'acquisition de connaissances en management.

**Conclusion :** Ce travail apporte aux internes et aux jeunes médecins des connaissances importantes sur l'exercice en groupe. Il donne également quelques clés afin d'optimiser le quotidien en groupe.

**MOTS CLES :** exercice en groupe, médecine générale, maison de santé, mode d'exercice, installation, médecine rurale

## **JURY:**

Président : Monsieur le Professeur ETIENNE Jérôme  
Membres : Madame le Professeur DALIGAND Liliane  
Monsieur le Professeur ZERBIB Yves  
Monsieur le Docteur BARJON Jean-Louis

**DATE DE SOUTENANCE :** 23 Octobre 2014

Adresse de l'auteur : Le Fayet 07260 Rosières, mail : cecilelambey@hotmail.fr