

Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques
DREES

SÉRIE
ÉTUDES ET RECHERCHES

**DOCUMENT
DE
TRAVAIL**

Cessation d'activité des médecins
généralistes libéraux
Tome 2

Olivier Blandin - Marie-Hélène Cabé
n° 77 – mars 2008

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

Note de Synthèse	5
I. Introduction générale.....	11
II. La problématique et les hypothèses de travail.....	13
2.1 La mise à jour des facteurs explicatifs à travers les discours	13
2.2 Construction du processus de décision et des stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes libéraux.....	15
III. La méthodologie et les caractéristiques de l'échantillon	17
3.1 Une enquête qualitative de nature compréhensive	17
3.2 Les caractéristiques de l'échantillon	19
IV. Les principaux résultats.....	23
4.1 Les résultats généraux	23
4.2 Les résultats relatifs aux choix de cessation d'activité ou de poursuite d'activité libérale en fonction de l'âge.....	24
4.2.1. La cessation précoce d'activité et la recherche de l'activité salariée comme deuxième carrière professionnelle	25
4.2.2 La cessation anticipée d'activité libérale et la défense de soi.....	31
4.2.3 La cessation d'activité libérale à partir de 65 ans ou la cessation raisonnée	46
V. L'analyse	57
5.1 La prise de décision : une stratégie de défense individuelle fondée sur une combinaison de motivations génériques	57
5.1.1 Des « événements » personnels ou familiaux obligeant à cesser l'activité	58
5.1.2 Un désenchantement vis-à-vis du métier exercé en mode libéral, voire un doute sur la pérennité du statut libéral	59
5.1.3 Le rapport dégradé à l'environnement institutionnel.....	63
5.1.4 Le mode libéral dans une logique du tout ou rien	65
5.2 Les mécanismes de la décision : entre regard sur le vécu, regard sur l'avenir, trajectoire de vie, opportunité et âge.....	69
5.2.1 La tension entre le regard porté sur le vécu et la vision projetée sur l'avenir : un cheminement alimenté par la trajectoire de vie de chacun	70
5.2.2 « Adopter une stratégie » versus « se laisser porter par les événements » ou comment peser sur le cours du temps	71
5.2.3 Les opportunités à saisir : un facteur déclenchant la décision	73
5.2.4 L'âge comme facteur discriminant pour comprendre la cessation	76
VI. Les pistes d'action.....	79
Conclusion	83
Annexe.....	87

Note de Synthèse

Différentes études conduites au cours des dix dernières années ont été consacrées aux évolutions de la démographie médicale et à leurs incidences socio-économiques. D'autres se sont intéressées au comportement des médecins généralistes libéraux, le constat étant fait que ceux-ci cessaient, en moyenne, leur activité libérale plus tôt que les spécialistes, certains bien avant l'âge de la retraite pour occuper un emploi salarié, d'autres pour prendre leur retraite plus précocement.

L'effet conjugué du vieillissement des médecins, des flux de départs conséquents à l'horizon 2015, des inégalités géographiques existantes en termes de répartition des médecins sur le territoire pose des questions prégnantes sur l'accès et la qualité de l'offre de soins, et ce, dans un contexte de bouleversement du monde de la santé interrogeant fortement les professionnels sur leur métier et leurs conditions d'exercice, et de croissance des dépenses de santé (plus de 10 % du PNB en 2006) générant des plans successifs de maîtrise de celles-ci.

Sur la question particulière des évolutions de la démographie médicale, et plus particulièrement sur le thème des cessations anticipées ou précoces de l'activité libérale des médecins généralistes, des mesures incitatives ont été prises par les pouvoirs publics. Il s'agit essentiellement d'aides financières directes et indirectes. Force est de constater aujourd'hui que ces mesures n'ont pas eu les effets escomptés.

Dès lors, il a semblé important d'aller au-delà des informations statistiques relatives aux modes de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux, et d'étudier d'une part les modalités selon lesquelles les facteurs interviennent dans la décision de cessation d'activité précoce ou plus tardive et d'autre part le processus de réflexion et d'interrogation conduisant in fine à la décision de cessation.

Il s'agit de caractériser le phénomène de départ anticipé ou retardé des médecins généralistes libéraux autour de quelques questions clés : quelles sont les principales motivations ayant conduit à la cessation avancée par ces médecins ? Comment s'articulent-elles entre elles et des liens avec les profils personnels des médecins peuvent-ils être mis en évidence ? Quelles sont les stratégies déployées par ceux-ci face aux contraintes exprimées et quels sont les mécanismes à l'œuvre conduisant tel ou tel médecin à la cessation d'activité libérale ?

À l'instar de toute profession pouvant choisir l'âge de cessation d'activité, cette décision de cessation de l'activité libérale, a fortiori anticipée ou précoce, est le résultat d'une tension entre le regard porté sur les contraintes, les déceptions et les satisfactions apportées par la vie professionnelle, les représentations de l'équilibre entre le système institutionnel et le système de valeurs, les aspirations à une vie personnelle meilleure et les pressions de l'environnement proche, les projections et les représentations face au vieillissement ou encore les craintes d'un basculement dans une vie oisive, celle-ci se traduisant par une rupture de sa vie sociale.

Mais, si interroger les professionnels sur les motivations à l'origine de leur choix est riche d'enseignements, cela reste toujours un exercice difficile nécessitant, à travers le discours tenu, de mettre à jour les facteurs ayant eu un rôle déterminant et de comprendre la manière dont ils ont joué, l'hypothèse étant qu'en la matière, il y a construction d'un discours mêlant

étroitement facteurs endogènes et exogènes, sans distinction de temporalité ni élaboration de stratégie.

Par ailleurs, les facteurs évoqués n'agissent ni mécaniquement ni unilatéralement. Un même facteur explicatif, une même motivation ne conduisent pas systématiquement à la même décision, quel que soit le médecin. Les profils, les histoires personnelles entrent en jeu et font de chaque décision une affaire singulière, dont il s'est agi de décrypter les particularismes, les singularités et les traits plus communs, plus semblables.

Ainsi, une des principales hypothèses de travail a conduit à prendre les motivations indiquées non comme un élément en elles-mêmes, mais à les placer dans un contexte et à les analyser au regard d'une histoire singulière. Il s'est agi, au-delà des motifs invoqués, de les restituer dans « l'épaisseur de vie » de chacun pour permettre d'expliquer le caractère non mécanique de l'articulation entre contexte, objectif et décision, et de reconstituer l'élaboration du processus de décision, par le repérage des moments clés et points de rupture, des compromis élaborés et des stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes libéraux.

Les principaux enseignements dégagés

- *Cessation précoce ou anticipée d'activité : de quoi parle-t-on ? Une proposition de typologie*

Trois types de situations de cessation précoce ou anticipée d'activité, qui se distinguent à la fois par l'âge de cessation et le contexte de la décision, ont été repérés.

- La cessation précoce d'activité libérale et la recherche d'une activité salariée comme deuxième carrière professionnelle

Un premier groupe se compose de médecins généralistes ayant cessé leur exercice libéral de manière précoce, avant 55 ans, ce qui a imposé bien souvent la nécessité de trouver une activité de substitution. Ces médecins généralistes ont choisi de poursuivre leur carrière professionnelle en tant que salariés.

Les principales motivations avancées par les médecins généralistes renvoient principalement d'une part à la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et d'autre part à la recherche d'un mode d'exercice professionnel plus en cohérence avec leur vision du métier ou plus stimulante au plan intellectuel ou offrant une reconnaissance plus marquée au regard de leur engagement auprès des patients.

- La cessation anticipée d'activité libérale et la défense de soi,

Dans ce deuxième groupe, une distinction est proposée entre les situations de cessation d'activité avant 60 ans, dans le cadre du dispositif MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) et les situations de cessation d'activité hors du dispositif MICA.

- Les MICA : le départ anticipé en retraite, entre opportunité et raison

Ces médecins présentent deux caractéristiques fortes : celle d'avoir un exercice professionnel particulièrement contraignant, en termes de conditions d'exercice (temps de travail, astreintes et gardes, intervention sur un territoire étendu, multiples activités, engagement auprès de la patientèle), et des valeurs professionnelles très marquées.

Ils expriment, avant tout chose, une volonté de sortir de la situation qu'ils vivent, ressentant un sentiment de grande fatigue, et percevant même parfois les premiers signes d'altération de leur santé, alors même qu'un sentiment de « perte du métier » grandit au fil du temps, qui leur fait éprouver chaque jour plus durement le décalage entre leur engagement professionnel – fort, générateur de sacrifices personnels etc. – et la non reconnaissance des efforts auxquels ils consentent de la part des patients – de plus en plus consommateurs –, par leurs pairs et notamment les plus jeunes – plus préoccupés par les conditions de travail – et les pouvoirs publics – de plus en plus comptables et administratifs.

Ils éprouvent aussi souvent le désir de consacrer - enfin – plus de temps à des activités extra-professionnelles, voire à des passions, d'autant que l'avenir leur paraît de plus en plus sombre, promettant la fin programmée de la médecine générale libérale.

Ne s'étant pas « protégés » au cours de leur activité professionnelle, et l'activité en mode libéral offrant peu de possibilités de diminuer la charge de travail tant objective que subjective – notamment si le médecin exerce en milieu rural et/ou de manière isolée –, ils saisissent alors le dispositif MICA.

Alors que ces médecins se placent dans cette logique du « tout ou rien », le dispositif MICA est une véritable opportunité à saisir, pour cesser complètement ou partiellement l'exercice libéral et l'activité professionnelle, certains gardant « le lien » avec le « monde professionnel », à travers les rencontres professionnelles notamment.

- Les non-MICA et les arrangements « pour tenir » : remplacements, salariat

Contrairement aux professionnels de la catégorie précédente, ces médecins poursuivent une activité professionnelle par choix ou par nécessité.

Deux thématiques nouvelles émergent dans le discours spontané de ces médecins, en sus des thématiques évoquées par les médecins du sous-groupe précédent, qu'ils reprennent à leur compte : celle du rapport charge de travail/revenu, en fin de carrière particulièrement, et celle du métier. Le rapport charge de travail/revenu leur est de plus en plus défavorable, ce qui génère un sentiment d'injustice fortement exprimé. En ce qui concerne la thématique du métier, dans un contexte d'exercice de plus en plus encadré et contraint par les pouvoirs publics, ces médecins expriment un sentiment croissant de prise de risques professionnels qui vient accentuer le ressenti de dégradation de leur image et de perte de leur statut social.

- La cessation d'activité à partir de 65 ans et la cessation raisonnée.

Deux cas de figure peuvent être distingués :

- Les médecins qui fixent une limite à leur activité professionnelle ou le jeu du libre arbitre

Leur décision est fondée sur leur représentation de l'âge perçu comme normal, de leur point de vue, pour cesser leur activité. Leur libre arbitre joue à plein. Les pressions de l'entourage et la possibilité de se consacrer - enfin - à une autre activité ou à un repos bien mérité, ou encore le sentiment de vivre la fin d'une époque en ce qui concerne le métier de médecin généraliste libéral sont des motivations personnelles importantes. Cependant, la cessation est mieux vécue par le médecin si elle a été préparée au moins mentalement.

- Les médecins qui, petit à petit, sont contraints d'arrêter ou la cessation d'activité entre contrainte et renoncement

Pour cette catégorie, le choix est difficile, voire impossible. Pour certains médecins, 65 ans est un âge qui ne signifie rien en termes de cessation d'activité et tous les prétextes sont bons pour gagner un peu de temps avant d'arrêter. Il est toujours trop tôt ! L'arrêt d'activité est subi et engendre une souffrance et un sentiment d'inutilité.

- ***Cessation précoce ou anticipée d'activité : mais pourquoi part-on ? Proposition de catégorisation***

Au regard de l'ensemble des entretiens, quatre classes de motivations peuvent être distinguées :

- **des « évènements » personnels ou familiaux** imposant de cesser l'activité, au premier rang desquels les problèmes de santé concernant les médecins eux-mêmes ou leurs proches ;

- **un désenchantement vis-à-vis du métier exercé en mode libéral**, voire un doute sur sa pérennité, qui se traduit par l'expression d'un sentiment de plus en plus prégnant d'une perte de l'équilibre entre le don (l'engagement professionnel personnel proche du sacrifice) et le contre-don (la non reconnaissance par les patients et les institutions), d'une dégradation de l'image et d'une perte du statut social et d'une dégradation du contenu de métier, et donc de son intérêt, ces éléments remettant fortement en question l'identité professionnelle et le système de valeurs de ces professionnels ;

- **un rapport dégradé à l'environnement institutionnel**, avec le sentiment d'un décalage grandissant entre le statut libéral et les approches gestionnaires et comptables des politiques de maîtrise des dépenses de santé, entre les types de pratiques professionnelles attendues par les pouvoirs publics et les besoins de santé, entre les modes de régulation à l'œuvre et l'autonomie et l'indépendance inhérentes à l'exercice de la médecine générale libérale ;

- **la difficulté des conditions d'exercice imposées par le statut libéral**, avec notamment comme éléments saillants : la tension entre le volume d'activité à assurer et le niveau de revenu, la difficile maîtrise de la charge d'activité sur certains territoires ou pour certains modes d'exercice.

Les facteurs économiques et financiers interviennent de différentes manières dans la décision de cesser l'exercice libéral de la médecine générale et notamment à travers la perception du rapport entre le revenu et la charge de travail et à travers la question de la transmission du

cabinet. Toutefois, les motivations financières apparaissent assez secondaires par rapport aux autres motivations évoquées ci-dessus.

- *Cessation précoce ou anticipée d'activité : stratégie et mécanismes à l'œuvre*

Les motivations invoquées par les médecins généralistes interviewés sont à prendre, non pas isolément, mais dans un faisceau plus ou moins hiérarchisé d'éléments convergents, qui à un moment donné rendent la situation vécue suffisamment pesante pour espérer « passer à autre chose ». D'une certaine manière, les médecins généralistes résolvent une sorte « d'équation du changement », un rapport entre « ce que j'ai, ce que j'ai à perdre, ce que je vais gagner ».

Cette « équation » s'élabore à partir des représentations et des interprétations de la trajectoire passée et de l'avenir. Ces représentations et interprétations sont alimentées par le regard réflexif sur soi, son métier, son environnement proche et sur l'environnement plus global. Il existe alors une interaction entre le passé, le présent et l'avenir qui peut être porteuse, mais pas toujours, de stratégies d'action offensives ou défensives.

Il n'est pas possible de dater la prise de décision. De la même manière, elle ne peut être associée à des types de motivations et profils personnels de médecins. Entrent en jeu en effet les parcours de chacun, « les trajectoires de vie », qui imprègnent la décision de subjectivité, le « regard porté sur » comptant, in fine, plus que la réalité objective des situations vécues. Le temps ne joue d'ailleurs pas de la même façon pour tous.

Quatre points clés d'analyse sont dès lors proposés comme éléments clés de compréhension de l'articulation entre les motivations avancées par les médecins généralistes libéraux et le processus de décision :

- la tension entre le regard porté sur le vécu et la vision projetée sur l'avenir, sa mise en perspective avec la réalité vécue au présent et leur inscription dans les « trajectoires de vie »,
- les stratégies individuelles pouvant être déployées permettant de peser sur les situations et les choix,
- l'importance des opportunités rencontrées comme facteur de concrétisation de la décision,
- âge comme facteur discriminant, non du choix, mais de ce qui s'y joue dans la décision de cessation.

D'une certaine manière, la décision de cesser son activité, que se soit pour une « seconde carrière », pour « attendre la retraite » ou pour la « prendre », est toujours une histoire singulière où la dimension personnelle joue deux fois, dans les trajectoires de vie propres à chacun, et dans la subjectivité engagée par chacun. Plus que la réalité objective des situations vécues (sauf ennuis de santé particulièrement importants), c'est bien l'articulation entre les « trajectoires de vie » et le regard « porté sur » qui vont, à un moment donné, faire que tel ou tel médecin décide de cesser, de manière précoce, tardive ou aux alentours de 65 ans.

Mais si les motivations ne sont pas toutes nouvelles, bien qu'elles se posent dans des formes différentes, comment expliquer alors que ce qui tenait, ne tient plus ?

Tout au long de la présentation des résultats de cette étude, l'interrogation des médecins sur leur système identitaire et culturel, le sens de leur vécu professionnel, ainsi que leur vision de l'avenir de leur métier, sont apparues en filigrane.

De toute évidence, les médecins généralistes libéraux se questionnent sur le rapport qu'ils entretiennent avec les institutions (dans leur dimension politique et technico-administrative), avec les patients, avec les pairs (en particulier les spécialistes, mais aussi avec les jeunes générations de médecins). Ces questionnements vont jusqu'à porter sur le statut de libéral, sans éviter une confusion entre le mode exercice et le statut lui-même.

La médecine de ville subirait une transformation forte dont l'issue n'est pas encore clairement identifiée et encore moins aboutie, caractérisée par deux éléments renvoyant aux valeurs et au métier : la médecine de ville s'exercerait comme un métier et non plus comme un art, le sacerdoce semblant s'effacer devant le professionnalisme : le médecin devrait assurer une fonction particulière dans le système de soins, un « rôle plus prescrit » autorisant une intervention plus forte des autorités de régulation dans les pratiques professionnelles.

Cela dessine-t-il pour autant une remise en cause du mode d'exercice en libéral, voire du statut ? Certains médecins interviewés le pensent.

La génération actuelle de médecins ayant entre 50 et 70 ans serait ainsi entre deux modèles : **le modèle des anciens**, « **du sacerdoce** » exerçant leur art avec un engagement profond, et recevant en contrepartie une reconnaissance symbolique forte de la société, modèle en « extinction », mais encore fortement ancré dans les références symboliques des médecins, et un **modèle en gestation**, dont les contours ne sont pas encore réellement fixés.

Ce sentiment d'être dans cet entre-deux génère de la nostalgie, voire des regrets. Mais dans le même temps, ces médecins comprennent la nécessité de l'évolution des pratiques professionnelles et des modes d'exercice.

Il ne s'agit pas de proposer comme facteur explicatif du malaise des médecins généralistes libéraux une nouvelle querelle entre « les anciens et les modernes », mais plutôt de s'interroger sur les modalités d'accompagnement des changements en cours et à venir des modèles organisationnels et professionnels, le « chemin » de ce changement important bien davantage que sa cible, que par ailleurs personne n'a définie à ce jour.

D'une certaine manière, cela repositionnerait la compréhension des mécanismes conduisant à la cessation en la déplaçant du niveau de la singularité de chacun à un niveau collectif, prenant en compte le rapport social entre les médecins et la société dans son ensemble, et invitant dès lors à changer la perspective des réponses à apporter.

I. Introduction générale

Au cours des dix dernières années, de nombreuses études et rapports ont été consacrés à la situation de la démographie médicale et à son évolution, et plus largement à celles de la démographie des professions de santé.

Citons ici les travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), du CREDES, de la DREES, du Conseil national de l'ordre des médecins, ou encore les rapports qui font référence, tels que le rapport Berland de novembre 2002¹. Ces études ont été complétées et analysées par des rapports d'experts en santé et divers ouvrages (INSERM notamment).

Ces études mettent clairement en évidence une situation caractérisée par un vieillissement des médecins libéraux en exercice, des flux de départs conséquents et inéluctables à l'horizon 2015 et des flux d'entrée insuffisants pour assurer le renouvellement de l'offre de soins. Cette situation pose, selon les auteurs, la question de l'accès aux soins et de leur qualité.

Selon les analyses du Conseil national de l'Ordre des médecins², « la pénurie médicale est programmée et inéluctable et elle sera sélective selon la spécialité et la géographie. Le rôle de l'environnement sociétal n'est pas neutre : avec une médecine salariée jugée plus attractive, une installation en libéral retardée, voire redoutée, un temps partiel plus répandu. »

Au-delà des statistiques et des indications sur les tendances dûment chiffrées, bon nombre d'observateurs font état :

- d'une crise des professions de santé « aujourd'hui plus profonde, plus essentielle que les revendications financières ». « Les médecins souhaitent une nouvelle définition de leur rôle dans une société qui n'est plus la société rurale de la France traditionnelle des années cinquante. » « Les origines des crises sociales puisent leur source dans les contradictions d'un système institutionnel et d'un système de valeurs devenus progressivement inadaptés. »³ ou encore « de grande désillusion des médecins libéraux » remettant fortement en question « l'identité même du métier »³.

L'un de symptômes observés ces dernières années a trait aux pratiques désormais différenciées entre médecins généralistes libéraux en ce qui concerne la cessation de leur activité libérale.

Une récente étude de la DREES⁴ relative aux cessations d'activité montre qu'entre 2001 et 2002, l'âge moyen de cessation d'activité des médecins généralistes est plus précoce

¹ Rapport de l'ONDPS : « Les effectifs et l'activité des professionnels de santé », 2004.

Rapport Berland Y : « Démographie des professionnels de santé », novembre 2002.

S. Bessière, P. Breuil, S. Dariné : « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et résultats*, n° 352, novembre 2004.

Niel et Perret : « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années 90 », *Données sociales 2002-2003*.

² Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins : « L'exercice médical à l'horizon 2020 », juin 2004.

³ Sous la direction de Jean de Kervasdoué, Magali Robelet : « La crise des professions de santé », Dunod, 2003.

⁴ A. Billaut : « [Les cessations d'activité des médecins](#) », *Études et résultats*, n° 484, avril 2006.

(64,3 ans) que celui des spécialistes (65,7 ans). En outre, les généralistes sont plus nombreux que les spécialistes à cesser leur activité avant 65 ans. Enfin, l'âge moyen de départ est d'un an plus précoce pour les femmes.

Par ailleurs, les estimations faites dans cette étude montrent que si la suppression du Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) à partir de fin 2003 a conduit à un recul de l'âge au départ plus important pour les généralistes, ce recul ne semble pas suffire à réduire à zéro le différentiel constaté.

Enfin, les préoccupations politiques et professionnelles évoquées plus avant sur les questions relatives à la démographie des professions de santé ont suscité, sur le thème particulier de la cessation d'activité, l'instauration d'une série de mesures incitatives, relevant essentiellement d'aides financières directes ou indirectes⁵. Ainsi, dans le cadre du plan « démographie médicale » annoncé en janvier 2006 par le ministre de la santé, il est prévu des mesures incitatives à la poursuite de l'activité des médecins après 65 ans. Cette annonce complète les mesures déjà existantes, notamment celles prises dans le cadre de la loi Fillon d'août 2003, autorisant, pour les médecins de plus de 65 ans, le cumul du revenu de la retraite et celui d'une activité partielle.

Cependant, selon les avis des experts, ces mesures incitatives n'ont pas donné les effets escomptés.

Dès lors, la DREES a souhaité disposer d'éléments d'information et d'analyse plus qualitatifs et a diligenté une enquête auprès de médecins généralistes libéraux ayant récemment cessé leur activité pour identifier les principaux facteurs déterminant la cessation ou la poursuite de l'activité et pour connaître leur opinion sur les mesures susceptibles d'influer sur leur choix. Il s'agit de disposer d'une lecture compréhensive de ce fait social, lecture qui a notamment mobilisé des concepts et méthodologies sociologiques.

Le présent rapport expose :

- dans un premier temps, la problématique retenue et les hypothèses de travail ;
- dans un deuxième temps, les principes de la méthodologie employée et les caractéristiques de l'échantillon retenu ;
- dans un troisième temps, les résultats obtenus à l'issue de l'enquête, selon les principaux cas de figure (cessation précoce, tardive...) ;
- dans un quatrième temps, une analyse de la prise de décision et des mécanismes à l'œuvre ; et enfin des leviers d'action potentiels.

⁵ Différentes mesures visent à organiser une meilleure répartition des médecins et des spécialités sur le territoire. Parmi les mesures les plus emblématiques, citons ici les aides à l'installation dans des zones déficitaires. Notons que ces mesures concernent non seulement les médecins dans le cadre d'un fonds propre mais aussi les autres professionnels de santé dans le cadre du FAQSV (fonds d'aide à la qualité des soins de ville). D'autres mesures existent pour faciliter le pluri-exercice ou les parcours professionnels des médecins.

II. La problématique et les hypothèses de travail

Les études à disposition sur l'âge de cessation d'activité comportent peu d'éléments explicatifs, peu d'indications sur les facteurs de départ à la retraite, indiquant davantage des résultats chiffrés sous forme de moyennes, dont il est difficile in fine d'extraire une analyse complète.

Par ailleurs, si les informations immédiatement disponibles mettent en évidence la convergence d'un faisceau de facteurs intervenant dans la décision de cessation d'activité précoce ou tardive, sauf cas extrême comme la maladie, rien n'est dit sur le processus de réflexion et d'interrogation plus ou moins long dont la décision finale est l'aboutissement.

Or, selon nous, pour les médecins libéraux comme pour toutes les professions pour lesquelles l'âge de cessation d'activité est librement choisi, la décision finale est aussi le résultat d'une tension entre le regard porté sur les contraintes, les déceptions et les satisfactions apportées par la vie professionnelle, les représentations de l'équilibre entre le système institutionnel et le système de valeurs, les aspirations à une vie personnelle meilleure et les pressions de l'environnement proche, les projections et les représentations face au vieillissement ou encore les craintes d'un basculement dans une vie oisive, celle-ci se traduisant par une rupture de la vie sociale⁶.

Dès lors, les modalités de conduite de nos investigations et nos angles d'analyse ont été déterminés par un double objectif :

- mettre à jour les facteurs explicatifs liés à la vie professionnelle et à la vie privée, les façons dont ils se combinent et leurs liens potentiels avec des profils de professionnels,
- et comprendre l'élaboration du processus de décision, par le repérage des moments clés et des points de rupture, des compromis élaborés et des stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes libéraux.

2.1 La mise à jour des facteurs explicatifs à travers les discours

Les investigations visant à identifier les multiples facteurs intervenant dans le cadre de la décision de cessation d'activité ont conduit à mettre en relation :

- **L'âge de départ et des caractéristiques démographiques**

Il s'est agi d'identifier les caractéristiques propres à la population des médecins généralistes libéraux de nature à expliquer les différences constatées dans l'âge moyen de cessation d'activité. Les effets du genre ont été plus particulièrement explorés, cette caractéristique pouvant apparaître comme une variable discriminante dans la mesure où les femmes ont tendance à cesser plus précocement leur activité⁷.

⁶ Nous nous référons en particulier à des travaux d'O. Blandin récents menés avec E. Heurgon sur le vieillissement en milieu rural et en milieu urbain dans le cadre du projet de prospective « Poste 2020 » pour le groupe La Poste.

⁷ Selon une étude du CreDES de décembre 2001.

Cf. également l'étude de Niel et Perret : « Féminisation et vieillissement des médecins au cours des années 90 », Données sociales 2002- 2003.

- **L'âge de départ et les conditions d'exercice professionnel**

Une seconde hypothèse de travail a porté sur l'influence des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux sur le choix de l'âge de cessation d'activité. Il s'est agi d'identifier les caractéristiques des conditions d'exercice et de mesurer leur poids sur l'exercice même du métier, sur la vie personnelle et sur les décalages potentiels entre les aspirations « légitimes » et la réalité quotidienne.

Ont été ainsi abordées des questions telles que le temps de travail, le poids des visites à domicile, les caractéristiques de la clientèle et leurs exigences (âge, pathologies), les contraintes de garde ou encore les modalités d'exercice et notamment le fait d'exercer seul, en association ou en groupement.

Le lieu d'exercice et en particulier la densité de population, la géographie (climat et qualité de l'infrastructure routière en zone montagnarde par exemple) ont été également pris en compte, comme pouvant avoir une influence sur l'exercice du métier.

Ont été étudiées les modalités d'exercice au cours des dernières années avant la cessation d'activité et les stratégies employées par les médecins, et notamment les éventuels processus de désengagement des contraintes professionnelles ou de renforcement de l'investissement dans d'autres activités professionnelles.

Une réduction du volume annuel d'heures de travail se concrétisant par des aménagements des horaires sur la semaine, le mois ou l'année, peut en effet constituer une phase de transition, alors que la cessation peut aussi avoir comme contrepartie un engagement plus important dans une activité salariée.

- **L'âge de départ et la vie personnelle et sociale**

En troisième hypothèse, le choix de cessation d'activité a pu être influencé par les interactions entre des éléments liés à la vie personnelle (état de santé, situation du conjoint, charges financières...) mais également par les aspirations, les représentations et les projections sur le passage à la retraite ou à un autre type d'activité.

- **L'âge de départ et les considérations socio-économiques**

La cessation d'activité a des conséquences financières en termes de revenu et en termes de conditions de transmission du cabinet.

Nous avons fait l'hypothèse que le lieu d'exercice, les modalités d'exercice (seul, en association ou en groupement) influaient sur l'attrait qu'exerce le cabinet sur d'éventuels repreneurs.

Par ailleurs, si la question de la transmission intègre sûrement des éléments d'ordre économique, elle inclut aussi selon nous le problème de la transmission de la clientèle, non en tant que « bien marchand » mais en tant que bien symbolique.

Il a été intéressant de repérer les stratégies développées tant pour valoriser au mieux le cabinet que pour compenser les incidences de la cessation d'activité pour la clientèle et de les mettre en lien avec la manière dont est posée la question de la cessation d'activité.

2.2 Construction du processus de décision et des stratégies mises en œuvre par les médecins généralistes libéraux

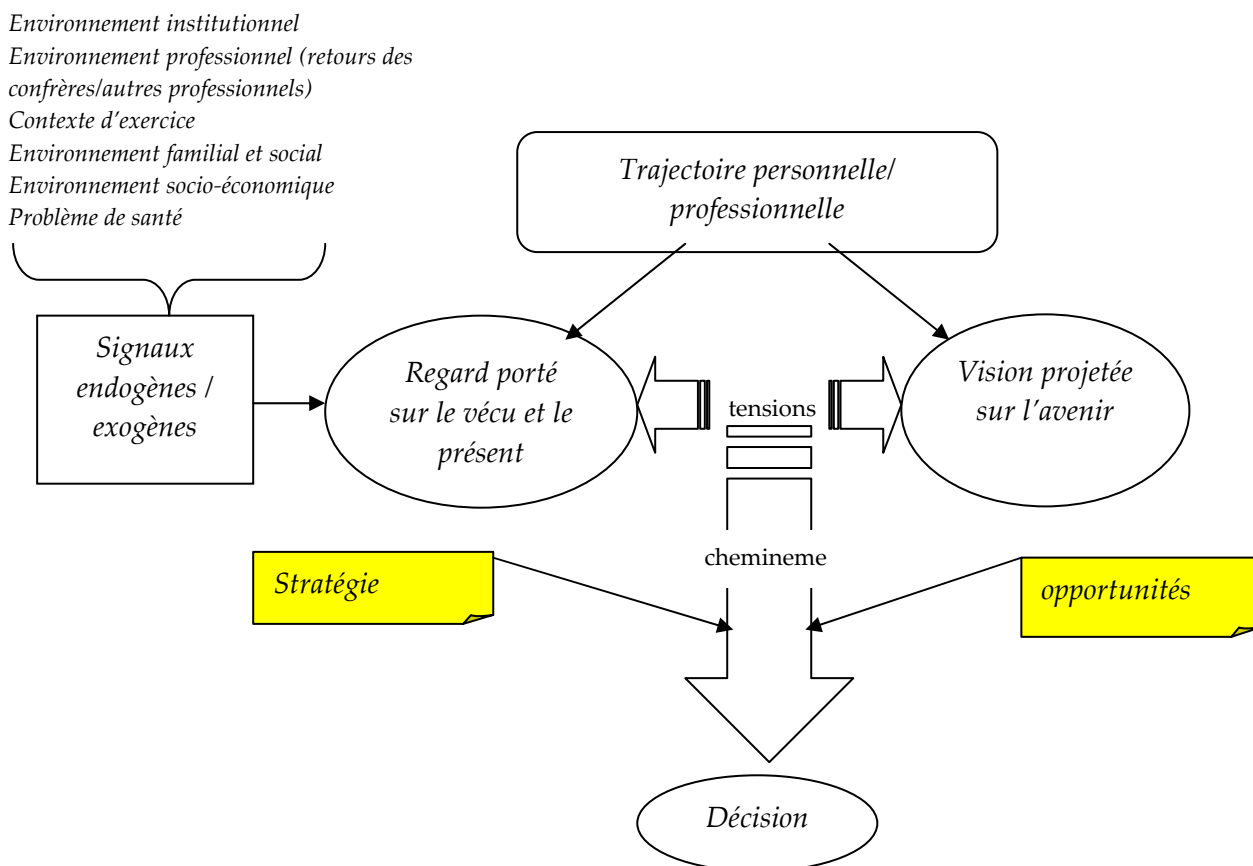
Le second regard proposé a consisté à comprendre le processus conduisant à la décision finale de cessation d'activité dans un contexte de liberté de choix.

Nous avons fait en effet l'hypothèse que la décision de cessation d'activité s'inscrivait dans la majorité des cas dans un processus d'élaboration dans le temps alimenté par des éléments endogènes et des éléments exogènes.

Ces éléments s'inscrivent dans une temporalité plus ou moins longue, et il s'est agi de repérer ceux d'entre eux qui jouaient, à quel moment, de quelle manière et pour quelle raison.

Nous avons cherché à aller au-delà du discours tenu et éventuellement recomposé pour mettre à jour la dynamique d'élaboration de la décision, en comprendre les moments clés et déceler les caractéristiques des stratégies mises en œuvre.

Le schéma ci-dessous illustre le cadre à analyser :



Déceler les motivations à l'origine d'un choix reste toujours un exercice difficile nécessitant de démêler, sauf cas particuliers, ce qui a pu pousser un médecin généraliste à cesser son activité soit pour prendre sa retraite (ou préretraite), soit pour quitter le statut libéral (exercer en mode salarié). Il s'agit en effet, à travers le discours tenu, de repérer, de mettre à jour les éléments ayant eu un rôle déterminant et de comprendre la manière dont ils ont joué. L'hypothèse est qu'il y a, en la matière, construction d'un discours mêlant étroitement facteurs endogènes et exogènes, sans distinction de temporalité ni élaboration de stratégie.

De plus, les facteurs évoqués n'agissent pas mécaniquement et unilatéralement. Un même facteur explicatif, une même motivation ne conduisent pas systématiquement à la même décision, quel que soit le médecin. Les profils, les histoires personnelles entrent en jeu font de chaque décision une affaire singulière dont il s'est agi de repérer les particularismes, les singularités et les traits plus communs, les plus semblables.

C'est pourquoi nous avons pris le parti de construire une grille d'analyse intégrant les facteurs endogènes et exogènes ayant conduit à la décision et leur dynamique de jeu, d'interaction c'est-à-dire in fine, d'inscrire la décision dans une trajectoire, dans un processus.

III. La méthodologie et les caractéristiques de l'échantillon

3.1 Une enquête qualitative de nature compréhensive

D'après une étude récente de la DREES⁸, en l'absence du MICA, les médecins libéraux cessent leur activité à 65,2 ans en moyenne, c'est-à-dire à peu près au même âge que les médecins salariés hospitaliers (65,3 ans), mais près d'un an plus tard que les médecins salariés non hospitaliers (64,3 ans). Les généralistes, tous modes d'exercice confondus, partent à la retraite en moyenne un an plus tôt environ que les spécialistes, à 64,8 ans. Enfin, les femmes cessent leur activité en moyenne à 64,8 ans, un an plus tôt environ que les hommes.

Répartition des médecins généralistes et des médecins libéraux selon leur âge de départ à la retraite

Âge à la cessation d'activité	Généraliste - sans le MICA	Libéraux - sans le MICA
avant 57 ans	5,2	7,2
entre 57 et 59 ans	5,1	4,1
entre 60 et 64 ans	19,7	11,2
à 65 ans	28,8	31,2
à 66 ans	21,7	24,0
entre 67 et 69 ans	9,3	9,0
à 70 ans ou plus tard	10,2	13,4

Sources : DREES.

La plupart des généralistes (libéraux ou non) partent à la retraite à 65 ou 66 ans, près d'un sur cinq cesse son activité entre 60 et 64 ans et près d'un sur cinq également cesse son activité après 66 ans.

Un médecin généraliste libéral peut cesser son activité libérale pour partir à la retraite, mais il peut tout aussi bien cesser son activité libérale et conserver ou reprendre une activité, voire entamer une carrière salariée. Toute cessation d'activité libérale n'est donc pas synonyme de départ à la retraite.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes penchés non pas seulement sur les départs à la retraite des médecins généralistes libéraux, mais plus largement sur les cessations de l'activité libérale des médecins généralistes, qui, dans leur ensemble, sont plus précoces que les seuls départs à la retraite.

Nous avons réalisé une enquête auprès de médecins généralistes libéraux ayant récemment cessé leur activité libérale, soit :

- des médecins généralistes libéraux ayant cessé précocement (avant 60 ans),
- des médecins généralistes libéraux ayant cessé tardivement (après 65 ans),
- des médecins généralistes libéraux ayant cessé vers 65 ans.

⁸ A. Billaut : « [Les cessations d'activité des médecins](#) », *Études et Résultats*, n° 484, avril 2006.

Nous avons également inclus dans notre échantillon des médecins encore en activité dont l'âge est d'environ 60 ans.

La méthodologie retenue pour l'enquête est celle des entretiens semi-directifs auprès des médecins de l'échantillon constitué ayant accepté d'être contactés. Les médecins sollicités ont été sélectionnés au sein des régions désignées en fonction de critères diversifiés, afin d'offrir un éventail le plus large possible des discours et représentations à recueillir. Les critères retenus sont :

- l'âge de cessation : retraités précoces, retraités à un âge se situant dans la moyenne, retraités tardifs, etc ;
- le sexe ;
- le lieu d'exercice : rural, urbain (grande, moyenne, petite ville), semi-urbain ;
- le mode d'exercice : isolé, en association ou en groupe.

Un guide d'entretien (présenté en annexe) a été élaboré et a constitué une sorte de mémento des thématiques à aborder avec nos interlocuteurs. Les entretiens ayant leur propre dynamique, les différents items ont été abordés de manière différenciée, notre expérience nous permettant de réaliser un recueil aussi complet que possible d'informations pertinentes au regard du thème principal.

Il s'est agi en particulier de repérer :

- les éléments propres aux conditions d'exercice (lieu, pratique isolée ou collective, caractéristiques de la clientèle ...) et aux conditions de travail (temps de travail, visites à domicile, gardes...),
- le parcours professionnel : la date d'installation, les différents lieux d'exercice et modalités...),
- les éléments liés au contexte personnel : la situation familiale, l'état de santé...,
- les éléments économiques et financiers, notamment le revenu, les conditions de transmission du cabinet,
- le regard porté sur l'activité et les aspirations au regard du changement de situation professionnelle et personnelle (regard sur la retraite, projet particulier...).

Cette méthodologie nous a permis de réaliser une enquête qualitative de nature compréhensive, notre objectif étant d'identifier et de formaliser les facteurs de cessation d'activité les plus déterminants, de repérer les mécanismes en œuvre, d'identifier les types de mesures susceptibles d'influer sur ces choix.

Les entretiens ont duré 2 heures, 2 heures 30 en moyenne.

Cette enquête qualitative a été complétée par de nombreuses lectures sur le sujet et des échanges nourris avec l'autre équipe de recherche.

3.2 Les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon a été construit selon les critères exposés ci-dessus.

Notons ici que l'échantillon de médecins finalement interrogés a été composé à partir du groupe de médecins généralistes libéraux ayant répondu favorablement à la sollicitation de la DREES. Parmi ceux-là, ont été sélectionnés ceux répondant aux critères retenus. Parmi les médecins contactés et interviewés, plus de la moitié se sont déclarés particulièrement motivés pour être interviewés sur ce thème :

« Je suis très intéressée par ce thème et je vous attends avec impatience. » (médecin généraliste, femme, ayant pris sa retraite à 56 ans et exerçant seule en milieu rural)

« Il est temps que l'on nous interroge sur cette question. Tiens, notre avis compte maintenant, ce n'est pas trop tôt! Il faut dire que cela commence à être dramatique dans certains coins. » (médecin généraliste, homme, ayant quitté son activité libérale en groupe en milieu rural à 56 ans et exerçant aujourd'hui en milieu hospitalier).

« C'est d'accord pour un entretien et avec joie ; j'ai des choses à dire sur le sujet. » (médecin généraliste, ayant bénéficié du MICA à 58 ans et ayant exercé seul dans une petite ville de province).

Les tableaux suivants présentent l'échantillon retenu en fonction des différents critères.

Tableau général

	Sexe	Département d'exercice	Âge actuel	Âge de cessation de l'exercice libéral	Situation actuelle	Lieu d'exercice libéral	Mode d'exercice	Cessation de patientèle
1	F	59	70 ans	68 ans	retraitee	péri-urbain	seule	non
2	F	60	53 ans	49 ans	activité hospitalière salariée à temps plein	rural	Remplacement	non
3	M	39	49 ans	47 ans	activité hospitalière salariée à temps plein	rural	en groupement	non
4	M	44	69 ans	69 ans	retraitee	rural	seul	oui onéreux
5	M	60	56 ans	54 ans	médecin du travail à temps plein et activité libérale en tant qu'expert	ville moyenne	seul	non
6	M	76	66 ans	58 ans (MICA)	formation continue	grande ville	en groupement	non
7	M	14	79 ans	77 ans	retraitee	grande ville	seul	non
8	M	39	66 ans	60 ans (MICA)	2 ans en médecine scolaire à mi-temps, maintenant en retraite	rural	seul	non
9	F	44	63 ans	53 ans	activité salariée à temps plein	grande ville	seule	non
10	M	59	58 ans	57 ans	activité salariée en médecine du travail à temps plein	rural	seul	oui onéreux
11	M	69	68 ans	66 ans	remplacement pendant les vacances du successeur	péri-urbain	en groupement	oui onéreux
12	M	76	69 ans	67 ans	retraitee	grande ville	en groupement	oui onéreux
13	M	70	67 ans	57 ans (MICA)	retraitee (maire et conseiller général)	rural	en groupement	oui gratuit

14	M	27	68 ans	66 ans	activité salariée à mi-temps	ville moyenne	seul	oui gratuit
15	M	25	48 ans	46 ans	activité salariée à plein temps	ville moyenne	en groupement	non
16	F	17	65 ans	57 ans (MICA)	retraîtée	rural	en groupement	oui onéreux
17	M	79	56 ans	55 ans	activité hospitalière salariée à temps plein	rural	en association	non
18	F	65	67 ans	65 ans	retraîtée	ville moyenne	seule	non
19	M	31	68 ans	67 ans	retraité	péri-urbain	seul	oui onéreux
20	M	31	65 ans	65 ans	retraité	péri-urbain	en groupement pluridisciplinaire	oui onéreux
21	M	65	65 ans	58 ans (MICA)	enseignement, bénévolat dans groupe de réflexion, participe à la formation continue	petite ville / rural	seul	oui onéreux
22	M	31	52 ans	50 ans	remplacements ponctuels de son collègue	petite ville / rural	en association	non
23	M	33	68 ans	67 ans	temps partiel de médecin coordonateur dans une maison de retraite, médecin assermenté	urbain	seul	oui onéreux
24	M	33	72 ans	71 ans	retraité	urbain	seul	oui onéreux
25	F	93	60 ans	60 ans	retraité remplacements	péri-urbain	en association	oui onéreux
26	F	94	67 ans	58 ans (MICA)	retraité	ville moyenne	seule	non
27	M	75	66 ans		activité libérale	grande ville	seul	(non concerné)
28	M	77	50 ans	48 ans	médecin du travail à temps plein	ville moyenne	seul	oui gratuit
29	M	93	67 ans	60 ans	remplacements	grande ville	seul	non
30	M	77	67 ans	66 ans	retraité	rural	seul	non

- Médecins à la retraite
— Médecins en activité
— Médecins ayant cessé leur activité libérale

30 médecins généralistes composent cet échantillon, dont 7 femmes et 23 hommes.

Au moment de l'enquête en 2007 :

- 12 d'entre eux (dont 4 femmes) sont à la retraite,
- 17 d'entre eux (dont 3 femmes) sont en activité salariée totale ou partielle ou assurent ponctuellement des activités de formation, de remplacement, de participation à des groupes de réflexion,

- 1 est encore en activité.

Répartition selon l'âge à la cessation de l'activité libérale

Âge à la cessation de l'activité libérale	Effectif
Avant 60 ans	14 (dont 11 non retraités)
Entre 60 et 64 ans	3
À 65 ou 66 ans	5
À 67 ans ou après	7

Répartition géographique

Région	Département	Hommes	Femmes
Poitou-Charentes	Charente-Maritime (17)		1
	Deux-Sèvres (79)	1	
Aquitaine	Gironde (33)	2	
	Haute-Garonne (31)	3	
Midi-Pyrénées	Hautes-Pyrénées (65)	1	1
	Seine-et-Marne (77)	2	
Région parisienne	Seine-Saint-Denis (93)	1	1
	Val-de-Marne (94)		1
	Paris	1	
Haute-Normandie	Eure (27)	1	
	Seine-Maritime (76)	2	
Basse-Normandie	Calvados (14)	1	
Nord-Pas-de-Calais	Nord (59)	1	1
Pays de la Loire	Loire-Atlantique (44)	1	1
Franche Comté	Doubs (25)	1	
	Jura (39)	2	
	Haute-Saône (70)	1	
Rhône-Alpes	Rhône (69)	1	
Picardie	Oise (60)	1	1
Total		23	7

Les médecins enquêtés exercent dans des départements différents de ceux dans lesquels exercent les médecins enquêtés par l'autre équipe de recherche ayant travaillé sur le sujet⁹.

Type de lieu d'exercice

Rural	Péri-urbain	Ville moyenne	Grande ville
10	5	9	6

Non cession de patientèle	Cession de patientèle à titre gratuit	Cession de patientèle à titre onéreux
15	3	11

⁹ Anne Véga : « [Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 1](#) », document de travail n°73, DREES, décembre 2007.

IV. Les principaux résultats

4.1 Les résultats généraux

Âges de cessation d'activité libérale (par tranche d'âge) et situation actuelle

	Retraite	Activité de médecin en mode salarié à plein temps	Activité de médecin en mode salarié à temps partiel	Remplacements occasionnels	Autres activités en lien avec le médical (bénévolat, participation à la formation continue)
Avant 55 ans		6 (2 femmes 4 hommes)		1 (1 homme)	
55/64 ans	4 MICA (2 femmes 2 hommes)	2 (2 hommes)		2 (1 femme 1 homme)	2 MICA (2 hommes)
65 ans et plus	8 (2 femmes 6 hommes)		3 (3 hommes)	1 (1 homme)	
Total	12	8	3	4	2

Remarque : 1 personne est toujours médecin généraliste libéral en activité

- **Quelques observations faites à partir de notre échantillon (qui n'ont, étant donnée la taille de l'échantillon, aucune portée plus générales)**

- Âges de cessation de l'exercice libéral :

- ✓ 17 médecins, dont 5 femmes, soit 58 % de l'échantillon¹⁰, ont cessé l'exercice libéral avant 61 ans.
- ✓ 2 groupes prépondérants :
 - 17 médecins ont cessé leur activité avant 61 ans ; 6 ont bénéficié du dispositif MICA et 4 d'entre eux ont cessé complètement leur activité, tandis que 4 autres (dont 2 MICA) ont gardé des liens avec le monde professionnel,
 - 10 médecins ont cessé leur activité après 65 ans, dont 4 ont conservé une activité professionnelle occasionnelle ou à temps réduit ; une seule femme est dans ce groupe. Cette dernière observation confirme les tendances observées par des études antérieures ayant mis en évidence le fait que les femmes, quel que soit le mode d'exercice, cessent leur activité plus tôt que les hommes¹¹.

- Les 55/60 ans représentent un peu plus de 34 % de l'échantillon et sont dans des situations diversifiées tandis que les moins de 55 ans en représentent près de 25 %.

¹⁰ Échantillon des 29 médecins ayant cessé l'exercice libéral.

¹¹ Anne Billaut : « Les cessations d'activité des médecins », *Études et Résultats*, n° 484, avril 2006.

Mode d'exercice en fin de carrière libérale

Seul	En groupement ou en association	Remplacements
17	11	1

Remarque : 1 personne est toujours médecin généraliste libéral en activité

Observons ici que sur cet échantillon, près de 35 % des 29 médecins exerçaient en groupement au moment de la cessation de leur activité libérale.

4.2 Les résultats relatifs aux choix de cessation d'activité ou de poursuite d'activité libérale en fonction de l'âge

La décision de cesser l'activité de médecin généraliste libéral apparaît principalement comme la résultante d'un faisceau d'éléments convergents.

Ainsi que nous l'avons mentionné plus avant, il s'est donc agi, au-delà du discours tenu par les professionnels interviewés, de bien distinguer dans les motivations avancées les éléments décisifs principaux des éléments plus secondaires. Dans quelques situations, un évènement particulier comme la maladie a pu constituer un élément déterminant du choix de cessation.

Ce faisant, nous nous sommes heurtés à l'écueil récurrent à ce type d'investigation, à savoir celui d'une reconstruction ex-post, dans les réponses données, d'une réalité vécue ou éclairée par des éléments du vécu présent.

L'enjeu de l'investigation et de l'analyse a dès lors consisté en la « pesée » des éléments avancés par les professionnels, resitués dans leur environnement et dans leur temporalité, l'objectif étant de repérer ce qui relevait des motivations ayant réellement prévalu, et celles ayant été peu ou prou reconstruites ultérieurement.

Nous avons pris le parti de réaliser une analyse des principales « classes » de motivations repérées au cours des entretiens et des mécanismes ayant conduit à les faire apparaître.

La lecture des résultats conduit à proposer une typologie distinguant trois types de situations :

- **La cessation précoce d'activité libérale et la recherche d'une activité salariée comme deuxième carrière professionnelle,**
- **La cessation anticipée d'activité libérale et la défense de soi,**
- **La cessation d'activité à partir de 65 ans et la cessation raisonnée.**

4.2.1. La cessation précoce d'activité et la recherche de l'activité salariée comme deuxième carrière professionnelle

2 femmes et 5 hommes ont choisi de cesser leur exercice libéral de manière précoce, avant 55 ans.

Le choix de cesser d'exercer la médecine générale libérale avant l'âge légal de départ à la retraite impose souvent de trouver une activité de substitution, notamment si cette décision est précoce. Ces médecins généralistes ont choisi de poursuivre leur carrière professionnelle en tant que salariés.

Les tableaux suivants présentent les raisons évoquées telles qu'elles émergent des discours tenus, la situation des médecins après la cessation et les éléments clés de leur profil, dans la mesure où ils permettent de mettre en perspective les motivations avancées.

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
2	<p>Souhait de quitter le statut libéral face à la charge d'activité (niveau d'activité nécessaire pour assurer un revenu, charge de gestion, charge administrative).</p> <p>Perte de revenu liée à l'arrivée de SOS médecins (diminution des gardes).</p> <p>Opportunité de prendre un poste à plein temps de salarié pour remplacer une personne en congé maternité (congé qui s'est prolongé), puis nommé sur le poste</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 49 ans</p> <p>Chef de service à l'hôpital en tant que salarié</p>	<p>Femme, divorcée, 3 enfants à charge.</p> <p>Exercice en tant que remplaçant pendant 4 ans dans une ville moyenne.</p> <p>Multiplication des gardes pour assurer un revenu, et ce faisant, création d'une tension sur le temps libre.</p> <p>Antérieurement poste d'assistante à l'hôpital, ce qui constituait le premier choix professionnel.</p>
3	<p>Depuis 2 à 3 ans, sentiment grandissant d'une emprise trop forte du champ professionnel sur le champ privé, tensions familiales croissantes, ce qui a été le déclencheur (avec un sentiment grandissant d'être passé à côté de certaines choses familiales).</p> <p>Sentiment grandissant d'effet « entonnoir », d'absence d'issue possible, notamment face à la difficulté à maîtriser le volume d'activité.</p> <p>Sentiment d'un isolement dans la pratique et interrogation quant à la capacité à continuer à être à la hauteur techniquement.</p> <p>Augmentation de la charge de travail liée au départ de l'un des 6 médecins de la ville.</p> <p>Difficulté à gérer la trésorerie, les entrées / sorties.</p> <p>A toujours été tenté par le secteur hospitalier, le travail en équipe.</p> <p>Réponse à une annonce sans vraiment y croire et a été retenu, ce qui a précipité la décision.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 47 ans</p> <p>Chef de service à l'hôpital en tant que salarié</p>	<p>Homme, marié, 4 enfants.</p> <p>Médecin dans une petite ville en association à deux avec peu d'échanges sur la pratique.</p> <p>Interventions à l'hôpital et en médecine scolaire.</p> <p>Correspondant SAMU.</p> <p>Membre d'une association nationale des médecins hospitaliers locaux.</p> <p>Avait toujours été tenté par le secteur hospitalier en raison de la dynamique intellectuelle et collective qu'il représentait.</p>
	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
5	<p>Compatibilité difficile entre 2 activités (libérale et expertise) en termes de temps de travail et en particulier devant les sollicitations des patients.</p> <p>Nécessité de choisir entre maintenir les 2 activités et réduire du coup l'activité d'expertise ou en laisser une des deux. Or, souhait de maintenir l'activité d'expertise, car stimulante intellectuellement.</p> <p>A saisi l'opportunité d'une offre d'emploi de médecin du travail repérée par son épouse pour précipiter le choix, le salariat permettant d'assurer une stabilité de revenu, qui compense le risque financier lié à l'activité d'expertise, plus aléatoire dans le volume d'activité (clientèle plus volatile).</p> <p>Besoin d'un nouveau challenge intellectuel (activité nouvelle, travail en équipe, échange de compétences).</p> <p>Sentiment grandissant d'une pression de l'exercice libéral nécessairement forte pour assurer un niveau de revenu correct, avec le sentiment de « travailler pour rien » sauf à multiplier les heures de travail.</p> <p>Volonté de réduire la charge d'activité sur la dernière partie de carrière.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 54 ans.</p> <p>Activité de médecin du travail cumulée avec une activité d'expertise libérale.</p> <p>Se fixe comme objectif de réduire petit à petit l'activité d'expertise pour ne garder que l'activité salariée à 60 ans.</p> <p>N'a pas réussi à trouver un successeur, ce qui laisse un sentiment de culpabilité par rapport à la clientèle.</p>	<p>Homme, marié, 4 enfants, dont deux n'ont pas terminé leurs études.</p> <p>Exerce seul dans le centre d'une ville moyenne.</p> <p>L'épouse assure le secrétariat et la prise de rendez-vous.</p> <p>Auparavant, association de 10 ans avec un collègue faisant de l'acupuncture, mais a cessé en raison du besoin de son collègue d'un local plus grand.</p> <p>A exercé progressivement l'expertise médicale, qui représentait avant la cessation près de 50 % de son activité.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
9	Peu d'intérêt depuis le début pour l'exercice libéral en raison des contraintes sur les aspects administratifs et la gestion, de la difficulté à maîtriser la charge de travail et à se garder du temps pour soi. Saisit une opportunité d'emploi, concrétisant ainsi une volonté ancienne de ne pas continuer la médecine générale.	Cessation de l'activité libérale à 53 ans. Activité salariée dans une clinique privée.	Femme mariée sans enfant. Exerce seule dans une grande ville.
15	Forte déception après l'arrêt du dispositif « médecin référent », dans lequel il s'est largement investi. L'arrêt de ce dispositif a également remis en cause le financement du poste occupé par son épouse, ce qui l'a obligé dès lors à augmenter le nombre de patients à la journée pour maintenir le même niveau de revenu. Continuer jusqu'à 65 ans dans ces conditions apparaissait comme une « voie sans issue ». Sentiment d'un décalage grandissant avec les orientations en matière de politique de santé, renforcé par un conflit avec la caisse d'assurance maladie sur des prescriptions portant sur 40 dossiers (dont 10 ont finalement été contestés) conduisant à une amende. Volonté de relever un nouveau challenge professionnel, de travailler en collectif et sentiment grandissant d'un manque de renouvellement professionnel et intellectuel après 19 ans de pratique. Réponse à une annonce sans vraiment y croire ; prend conscience de la forte demande et des vraies opportunités valorisantes avec une possibilité réelle d'évoluer dans sa pratique ; a été retenu ce qui a précipité la décision de cessation.	Cessation de l'activité libérale à 46 ans. Activité salariée à plein temps dans un centre privé de rééducation fonctionnelle. Continue à recevoir quelques patients en consultation externe (ils font 40 km pour le voir). N'a pas trouvé de successeur, même en cédant gratuitement son cabinet, situation subie qui reste toujours « douloureuse » vis-à-vis de ses collègues et de ses patients.	Homme, marié. Activité en association à deux en ville moyenne. Médecin ayant choisi d'exercer dans le cadre du dispositif « médecin référent » (ancienne formule), permettant de dégager un financement pour l'activité de secrétariat assurée par l'épouse et de correspondre à la vision de la pratique du médecin : formation continue, plans de soins, bonnes pratiques, « moins la course à l'acte ».

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
22	Problèmes de santé et problèmes familiaux importants : séparation et vente de l'habitation. Sentiment de grande fatigue car exerce plusieurs activités et obligation d'un temps de travail important pour gagner convenablement sa vie ; multiplication des contraintes administratives ; pas de vacances pendant 10 ans ; arrêt de la médecine par rapport aux deux autres activités car c'est un métier qui demande une présence continue, contrairement aux deux autres. Changements dans les rapports médecin/population ; dégradation de l'image du médecin : le médecin, un prestataire de service. Souhait de prendre un congé sabbatique car n'a pas trouvé de remplaçant. Charges financières très importantes même si un peu plus facile en secteur 2.	Cessation de l'activité libérale à 52 ans avec le MICA : idée d'un arrêt sabbatique. 2 autres métiers : enseignement et auteur et coproducteur pour la radio. Engagement accru après la cessation de l'activité libérale. Participe activement à la formation continue. Remplace occasionnellement son associé depuis 8 mois pour des raisons financières	Homme, vie maritale. Remplacements pendant 3 ans. Création d'un cabinet dans une petite ville de province ; orientation homéopathie et physiothérapie = une vocation. Association pendant 15 ans (associé ayant cessé son activité dans le cadre du MICA). 2 autres métiers en parallèle : enseignant dans diverses facultés et écoles et auteur et coproducteur dans une radio privée. Création avec un autre médecin d'un perfectionnement en homéopathie et participation à la formation médicale continue « classique ». Organisation de congrès médicaux nationaux sur les médecines naturelles, l'accompagnement à la mort puis organisation de formations et enfin création d'une association.

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
28	<p>Décision prise progressivement.</p> <p>L'exercice libéral était perçu comme un type d'exercice sans avenir, tel que défini aujourd'hui à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> un exercice isolé, artisanal ... versus des maisons médicales, une prise en charge continue, des modes d'exercice favorisant les échanges pluridisciplinaires, le travail d'équipe, la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale ; pas de possibilités de passerelles entre types d'exercice ; pas de possibilités de faire des bilans de carrière ; un corps social vieillissant/homéopathes vieillissants ; toujours plus de patients exigeants et de moins en moins de temps pour les prendre correctement en charge. <p>Une activité salariée correspondait à ses attentes professionnelles en termes de temps de travail, de relations avec les gens, de pratique professionnelle (prévention, absence de « rapport mercantile »), de travail de terrain et diversifié.</p> <p>Désaccord avec les orientations gouvernementales et les conceptions afférentes = besoins de santé publique énoncés et non pris en compte dans les pratiques, modes de rémunération des médecins libéraux et modes de prise en charge induits, encadrement de l'activité du médecin par des bureaucrates.</p> <p>Dégradation de l'image du médecin.</p> <p>Diminution du revenu en fin de carrière/charge de travail excessive, ne pouvant plus être assumée.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 48 ans.</p> <p>Médecin du travail.</p>	<p>Homme marié ; enfants ; femme médecin spécialiste.</p> <p>Médecin généraliste avec une pratique professionnelle uniquement de remplacements : choix délibéré d'un autre type d'exercice lui permettant de concilier une pratique professionnelle intéressante et variée et un confort de vie personnelle.</p> <p>Choix d'un exercice professionnel qui lui assure une liberté d'action.</p> <p>Puis voyage à l'étranger pendant 2 ans et exercice de « boulots » différents (enseignant) et remplacements.</p> <p>Puis, spécialisation en homéopathie et installation par rachat d'une clientèle : choix de cette spécialisation car elle correspond à sa vision de la pratique médicale notamment en termes d'écoute et de prévention.</p> <p>Enfin, reprise d'études pour être médecin du travail : exercice qui lui assure une qualité de consultation et du temps.</p> <p>Intérêt pour les études : élargissement de ses champs de connaissances.</p>

Les motivations avancées dans les discours recueillis sont de plusieurs ordres mais peuvent être regroupées en trois grands types.

a) Une tension de plus en plus forte entre la vie personnelle et la vie professionnelle

Cette tension s'exprime de plusieurs manières :

- Le changement de mode d'exercice est motivé par la volonté de « faire baisser la pression » en ce qui concerne la charge de travail objective mais il s'agit aussi de faire disparaître la « préoccupation de tous les instants ». Pour le professionnel, l'enjeu est de trouver un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

MG 3 : « Depuis quelque temps, je me sentais de plus en plus étranglé, surtout après l'arrêt d'un des 6 médecins de la ville. Nous n'étions plus que cinq. De plus en plus le samedi, je débordais sur l'après-midi. J'avais le sentiment d'un effet « entonnoir » avec pas de « sortie possible » devant la difficulté à refuser l'activité, devant les pressions fortes de la demande. Les tensions familiales devenaient de plus en plus fortes, cela a fortement dégradé les relations avec mon épouse. »

MG 22 : « Moi, j'avais un boulot de dingue. Je n'avais pas de vacances ; je n'en ai pas pris pendant 10 ans. Ce n'est pas le métier que j'ai abandonné, ce sont les conditions d'exercice du métier. Ce qui a favorisé l'accès aux soins crée aujourd'hui le décrochage des soignants. »

- Il semble parfois difficile de résoudre l'équation entre la charge d'activité et le niveau de revenu : le prix à payer pour s'assurer un niveau de revenu suffisant est trop élevé, tant personnellement qu'au regard de l'idéal professionnel, et ce, même si certains avaient des années plus tôt mis en place des stratégies de contournement, en s'orientant vers des médecines parallèles, en passant au secteur 2 par exemple. Des éléments exogènes comme l'augmentation ou la diminution de la concurrence peuvent aggraver les termes de l'équation. En outre, cette situation est perçue avec une acuité plus importante au fil des ans, la représentation que ces professionnels se font des dernières années de la vie professionnelle étant sombre : le sentiment qu'avec l'avancée en âge, le maintien du volume d'activité, et par là même du niveau de revenu sera encore plus difficile à vivre.

MG 2 : « Pour m'assurer un niveau de revenu correct, il fallait que je multiplie les remplacements, les gardes de nuit et de week-end. Cela devenait de plus en plus difficile à concilier, surtout après mon divorce. Avec l'arrivée de « SOS médecins », j'ai perdu les gardes, mon revenu a baissé, cela devenait plus compliqué. Avec l'hôpital j'ai un revenu régulier. »

MG 15 : « La suppression du « médecin référent » n'a plus permis l'emploi de mon épouse qui assurait le suivi des dossiers. Du coup, je me suis retrouvé avec une charge de travail trop grande, je ne voyais pas comment m'en sortir. De plus, avec la perte financière, j'ai dû changer ma pratique en faisant, d'une certaine manière, plus la course à l'acte, cela m'obligeait à changer ma relation aux patients. »

MG 22 : « Je n'ai aucun regret d'avoir arrêté ; c'était nécessaire car j'avais besoin de repos. Pour continuer un peu, il faudrait un meilleur rapport temps/chiffre d'affaires et au final je m'usais pour avoir un chiffre d'affaires convenable. »

MG 28 : « J'avais fait le choix de l'homéopathie car cela me permettait d'avoir une pratique différente, d'avoir de la liberté et de faire de la prévention. Au début, j'avais des bonnes conditions de travail : je faisais des consultations longues, environ 45 mn, je travaillais 4 jours par semaine et je prenais des vacances quand je voulais. Mais après, entre le corps social qui vieillit, les médecins homéopathes qui s'en vont (plus de 50 % dans mon coin), ce n'était plus pareil, ni professionnellement, ni personnellement ; alors j'ai décidé d'arrêter. »

- Cette tension est d'autant plus mal vécue que la relation à la patientèle apporte moins de reconnaissance et que cette patientèle, au moins pour une partie d'entre elle, est accusée de comportements consuméristes. Le sentiment de non reconnaissance est d'autant plus grand

que la rétribution des efforts, de la disponibilité, de l'engagement est moindre, voire inexistante, remettant profondément en cause le statut social du médecin.

MG 9 : « Vous savez, avec les patients, ce n'est pas toujours si facile. Beaucoup donnent l'impression de ne pas nous considérer, ils nous voient comme un simple prestataire de services, sans mesurer la complexité de notre métier. »

MG 22 : « J'ai toujours eu une haute image du travail avec les patients. Mais je l'ai payé très cher. J'avais une grosse clientèle avec des honoraires fiables. J'avais peu de gens en CMU mais ils avaient particulièrement une mentalité d'assistés. Et en plus on nous menace de porter plainte. Or, attention, la population doit faire attention à ses médecins. Et ce n'est pas seulement une question d'argent. La médecine reste un art alors qu'on n'accepte plus aucun aléa ! »

MG 22 : « Le médecin est réellement devenu un prestataire de services ; on n'est plus des notables depuis longtemps ; on n'est plus le toubib confident, le toubib frère ; aujourd'hui on en sait moins que le coiffeur sur les gens. Et au delà du médical, on a perdu notre rôle social. Et quand vous voyez que mon père, qui avait vraiment la vocation médicale, s'est arrêté à 72 ans... Il a un fils qui s'est arrêté à 50 ans ! De professionnel à part, on est devenu un prestataire de services. »

- Cependant, les médecins qui ont cessé leur activité libérale peuvent éprouver des regrets si leur patientèle n'a pas été reprise par un confrère, ou si elle a été reprise par un plus jeune médecin ressenti comme « étranger » par rapport à la vision du métier ou les valeurs professionnelles, ou bien encore si la nouvelle activité n'offre pas la même qualité de relation humaine et le même degré de proximité avec les patients.

MG 3 : « J'ai énormément recherché un remplaçant, mais au bout de 9 mois, j'ai dû me rendre à l'évidence que je n'en trouverais pas. Ce n'est pas facile à accepter, d'autant plus que mon arrêt signifiait de laisser les autres médecins se débrouiller. Ils ont bien compris, mais quand même, pour eux, cela n'a pas été facile. J'ai perdu en relation avec les patients. C'est ce qui est le plus dur à accepter maintenant. Parfois je croise des patients, ce n'est pas facile, j'ai l'impression d'avoir déserté. »

MG 28 : « J'ai revendu ma clientèle pour 1 € symbolique. C'est très dévalorisant. Cela a un aspect : ça marche mais cela n'intéresse plus personne. »

b) Le désir d'un mode d'exercice différent

Cette motivation correspond majoritairement à la volonté de quitter le mode libéral pour opter vers un mode salarié, celui-ci constituant une seconde étape dans la carrière professionnelle, plus qu'une « réorientation » professionnelle à proprement parler.

Ce nouveau mode d'exercice correspond pour certains à un intérêt professionnel bien identifié, voire un challenge professionnel leur permettant d'exercer des activités plus en cohérence avec leur vision du métier (et notamment d'améliorer la qualité de la prise en charge par l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire), plus stimulantes aussi au plan intellectuel, et ce, dans de bonnes conditions en termes de temps et de qualité de vie personnels.

MG 15 : « En même temps, après 19 ans de pratique, je sentais petit à petit un manque de renouvellement à la fois intellectuel et professionnel. Le fait de pouvoir occuper mon nouvel emploi m'a paru comme un vrai challenge, un élément de motivation. Je voulais voir si j'étais capable de le faire. Cela a été un vrai élément de motivation qui m'a fait beaucoup de bien. »

MG 28 : « J'en ai parlé avec ma femme qui travaille en libéral. Choisir la médecine du travail me permettait de travailler 35 h par semaine, d'avoir une bonne partie de mon temps consacré au terrain, de voir des choses diversifiées et pas comme en libéral d'être sur la même chose et de voir les personnes sous un autre angle : avoir pour eux un rôle d'information, de prévention, discuter de leur univers, de leurs conditions de travail... échapper au côté commerçant. En termes de salaire, cela n'a rien changé, sauf que maintenant j'ai la sûreté du salaire. »

Par ailleurs, le statut salarié présente pour certains médecins un cadre plus sécurisant, professionnellement (travail en équipe notamment) et financièrement, plus reposant et offrant de réelles possibilités d'évolution, en comparaison avec leur mode d'exercice antérieur, particulièrement pesant en termes de ratio volume d'activité/revenu.

MG 2 : « Je n'ai jamais eu envie de faire de la gestion, de gérer les comptes, les retards des charges sociales. »

MG 3 : « Ca a été toujours difficile pour moi de gérer les comptes, j'avais tendance à augmenter les frais, une grosse maison, une voiture, les enfants...J'étais toujours à découvert. Même si de fait je gagne moins aujourd'hui, je m'en sors mieux. »

Ces médecins rapprochent leur première moitié de carrière professionnelle et les conditions professionnelles et personnelles dans lesquelles elle s'est déroulée des années à venir. Cette réflexion ne se fait pas « en solo », mais avec les membres de l'entourage et notamment avec l'épouse, dont l'avis est intégré dans la prise de décision.

c) Un désaccord croissant avec les orientations des politiques de santé et les dispositifs de régulation des dépenses de santé

Tandis que certains manifestent leur désaccord avec les orientations des politiques de santé (vision comptable et budgétaire, positionnement et rôle de plus en plus difficiles et flous pour les médecins généralistes dans l'organisation de l'offre de soins), d'autres expriment une grande lassitude, voire une exaspération grandissante, vis-à-vis de l'encadrement financier de leur exercice.

Cette interprétation d'éléments clés de leur environnement génère un pessimisme sur l'avenir et une réelle interrogation sur la pérennité de l'exercice libéral sous ses formes actuelles.

MG 15 : « Clairement, je suis un déçu des politiques de santé. J'ai très mal vécu l'arrêt du dispositif des « médecins référents », alors que c'était un bon système et que je m'y suis véritablement investi, pour rien. En plus, j'ai eu une affaire avec la Caisse, qui m'a reproché des prescriptions par rapport à des patients en affection de longue durée. J'ai dû commencer à me justifier. Sur 40 dossiers, il en est resté 10 avec un désaccord. J'ai dû régler une amende. »

Les médecins concernés se voient mal, avec le recul, revenir à l'exercice en mode libéral, tant du fait des éléments déjà évoqués (conditions d'exercice contraignantes, intérêt professionnel moindre, contraintes administratives étouffantes...) qu'en raison du sentiment de ne plus pouvoir pratiquer l'exercice de la médecine générale libérale tel qu'ils le concevaient, ou du moindre intérêt du métier.

4.2.2 La cessation anticipée d'activité libérale et la défense de soi

Dans cette deuxième rubrique de la typologie, nous proposons une distinction entre les situations de cessation d'activité avant 60 ans dans le cadre du dispositif MICA et les situations de cessation d'activité hors du dispositif MICA.

Nous le verrons plus avant dans la partie consacrée à l'analyse, les stratégies des professionnels ne sont pas identiques, même si tous saisissent à un moment donné l'opportunité présentée par le dispositif MICA.

Dans cette catégorie, la grande diversité des situations apparaît.

4.2.2.1 Les MICA : le départ anticipé en retraite, entre opportunité et raison

4 hommes et 2 femmes ont eu recours au dispositif MICA.

Ces médecins présentent une caractéristique marquée : celle d’avoir un exercice professionnel particulièrement contraignant, en termes de conditions d’exercice (temps de travail, astreintes et gardes, intervention sur un territoire étendu, multiples activités, engagement auprès de la patientèle), et des valeurs professionnelles très fortes.

Ils expriment, avant tout chose, une volonté de sortir de la situation qu’ils vivent, ressentent un sentiment de grande fatigue, et perçoivent même parfois les premiers signes d’altération de leur santé. Ils éprouvent aussi souvent le désir de consacrer – enfin – plus de temps à des activités extra-professionnelles, voire à des passions.

Ne s’étant pas « protégés » au cours de leur activité professionnelle, et l’activité en mode libéral offrant peu de possibilité de diminuer la charge de travail tant objective que subjective, notamment si le médecin exerce en milieu rural et/ou de manière isolée, ils saisissent l’opportunité du dispositif MICA.

Dans cette logique du « tout ou rien », le dispositif MICA est en effet apparu comme une véritable opportunité à saisir, pour cesser complètement ou partiellement l’exercice libéral et l’activité professionnelle, certains gardant « le lien » avec le « monde professionnel », en se faisant une raison.

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
6	<p>À saisi l'opportunité du MICA après un an de réflexion car : ressentait une fatigue subjective face à la patientèle ; partageait de moins en moins les orientations en matière de politiques de santé et notamment, avait le sentiment d'une pression accrue en termes de contraintes administratives.</p>	<p>Bénéficiaire du MICA à 58 ans. Continue d'assurer de la formation continue à l'université et a des responsabilités dans l'association régionale de formation continue. Prolongement de son engagement dans l'humanitaire.</p>	<p>Homme marié, 5 enfants. Défend une approche de la médecine plus à l'écoute des patients, pensant que l'écoute est un des éléments fondamentaux de la thérapeutique. Fortement impliqué : dans la formation continue en acupuncture, et a participé à la création de d'une association régionale de formation continue avec comme motivation la volonté de transmettre les compétences et de développer l'offre ; dans l'action humanitaire, a participé à la création, 2 ans avant sa cessation d'activité, d'une association d'aide internationale de solidarité ; dans ce cadre, a effectué de nombreuses missions à l'étranger, notamment pour la formation de médecins.</p>
8	<p>Souhait de consacrer plus de temps à sa famille et influence du décès d'un jeune enfant sur sa vision de la vie. À saisi l'opportunité du dispositif MICA. La présence du second médecin dans le bourg a permis de déculpabiliser par rapport au fait d'arrêter sans avoir trouvé de successeur. Si le dispositif MICA ne s'était pas présenté, aurait sans doute continué à exercer jusqu'à 65 ans.</p>	<p>Bénéficiaire du MICA à 60 ans. Au moment de la cessation, fort sentiment d'ennui et au bout d'un mois, poste en médecine scolaire à mi-temps. 2 ans en médecine scolaire à mi-temps, maintenant en retraite ; fonction occupée pendant 2 ans puis a cessé car le travail devenait « fade » et trop de charges administratives. Aujourd'hui en retraite. N'a pas trouvé de remplaçant.</p>	<p>Homme marié, sans enfant. Exerce seul dans un petit bourg de montagne (présence d'un second médecin). Beaucoup de visites à domicile (60 % du temps), beaucoup d'activités de gérontologie. Au départ, souhaitait être ingénieur des arts et métiers. A préféré s'installer en montagne pour la qualité de vie. A souhaité acquérir une compétence en acupuncture pour soulager les patients mais l'a pratiquée en complément de sa pratique sans l'afficher en tant que telle. A assuré pendant de nombreuses années une fonction d'urgentiste en raison de l'absence d'offre dans sa zone de vie, en attendant l'arrivée dans le début des années 80 du SAMU. À toujours trouvé normal de consacrer beaucoup de temps à son activité, même si cela se faisait au détriment de sa famille.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
13	<p>Volonté de réduire l'activité face :</p> <p>à la forte charge de travail (12 h / jour, nombreux déplacements en raison des visites à domicile le matin, gardes de nuit et de week-end une fois toutes les 3 semaines) et à la difficulté à prendre des congés étant donnée la difficulté à trouver un remplaçant, à réduire le volume d'activité face à demande, à trouver une solution pour ne plus assurer les gardes de nuit et de week-end ;</p> <p>à l'apparition d'un petit problème de santé ayant généré des craintes de problèmes plus importants s'il poursuivait sur le même rythme, et à la crainte d'apparition de troubles de la mémoire ;</p> <p>à la crainte des incidences financières du non-maintien du même volume d'activité ;</p> <p>à des tensions familiales en raison du manque de disponibilité.</p> <p>Sentiment de « perte du métier ».</p> <p>Saisit l'opportunité du MICA, qui a été l'élément déclencheur, d'autant plus qu'il pensait que ce dispositif aurait une courte « durée de vie », dans la mesure où il lui apparaissait comme un dispositif coûteux aggravant les problèmes de la démographie médicale en milieu rural.</p> <p>À attendu d'avoir trouvé un remplaçant pour partir (ce qui a pris 6 mois) car sentiment de responsabilité tant vis-à-vis de la patientèle que des collègues.</p>	<p>Bénéficiaire du MICA à 57 ans.</p> <p>Retraité.</p> <p>Occupe la fonction de maire et de conseiller général.</p>	<p>Homme, marié, 4 enfants.</p> <p>Activité en groupement avec deux autres confrères dans une petite ville en zone rurale pour partie montagneuse (pas d'autre médecin dans la ville).</p> <p>Occupe en même temps la fonction d'adjoint au maire.</p> <p>Volonté de s'installer en milieu rural pour être un médecin de famille, avoir une diversité d'actes.</p> <p>À toujours souhaité maintenir les visites au domicile, car c'est en se rendant au domicile « qu'on comprend qui sont les gens ».</p> <p>Quand s'est installé, s'est associé avec le médecin local qui était en fin de carrière. Ont pratiqué dès le début le « partage des recettes et des charges ». Un troisième médecin s'est joint à eux, les obligeant alors à revenir à une gestion séparée.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
16	<p>Problèmes de santé. Sentiment de « perte du métier » notamment en milieu rural. Sentiment de dégradation des relations avec les pairs, notamment hospitaliers. Vision très différente du métier par rapport aux plus jeunes. Dégradation des conditions d'exercice : le comportement de la clientèle (mentalité d'assistés, revendications, non respect...).</p> <p>Contraintes administratives et surveillance par la Sécurité Sociale.</p>	<p>Bénéficiaire du MICA à 57 ans. Retraitée. Cession « bradée » de sa clientèle à un remplaçant qui partage les mêmes valeurs en termes de qualité de vie. Cessation d'activité tout à la fois regrettée vis-à-vis du contact avec les gens et sans regret au regard des motivations évoquées. Aujourd'hui, pratique des activités « rêvées » pendant la période d'activité professionnelle : peinture, reliure, musique. Investissement dans une association de femmes rurales.</p>	<p>Femme, mariée. Exercice en milieu rural par choix, pour la qualité de vie et la qualité de l'exercice professionnel. À une spécialisation en anesthésie. Exercice à l'hôpital pendant 7 ans et installation du service d'anesthésie dans un autre hôpital. Exercice en association à 2 reprises : grand intérêt car partage, échanges, visites communes... avec le premier associé mais pas avec le second ; fin de l'association et exercice en solo. Formations complémentaires en médecine du sport et en acupuncture. Enseignement et maître de stage. Active dans la formation médicale continue.</p>
21	<p>Prend finalement cette décision suite à l'accumulation de petites choses : pressions familiales très importantes car plusieurs activités sur plusieurs sites en province et à Paris (seconde épouse à Paris) ; désaccords récurrents avec les orientations gouvernementales : approche comptable de la santé, informatisation pour un contrôle de l'activité, télétransmission ; opportunité de reprise du cabinet par un jeune confrère avec lequel il avait des affinités importantes (affaire conclue en 15 jours) ; décalage entre sa vision du métier et celle générée par la pratique actuelle à laquelle est contraint le médecin généraliste.</p>	<p>Cessation d'activité libérale en MICA à 58 ans ; aujourd'hui à la retraite.</p> <p>Au début, éprouvait un sentiment de manque important : activités de médecin scolaire et d'enseignement et engagement bénévole dans un travail sur le handicap.</p> <p>Aujourd'hui, enseignement et engagement bénévole. Sollicitation pour des missions humanitaires et pour des remplacements de son jeune collègue, repreneur de son cabinet mais véto familial. Serait heureux de saisir des opportunités d'autres modes d'intervention dans le domaine médical ; en réflexion sur d'autres types de mobilisation possibles ; serait prêt à être mobilisé dans des circonstances exceptionnelles.</p>	<p>Homme, marié, enfants.</p> <p>Médecine : un second métier rêvé après un métier d'ingénieur. Pluralité de modes d'exercice tout au long de sa carrière : assistant en milieu hospitalier médecin généraliste dans une petite ville de province par reprise du cabinet de son beau-père et toujours poste d'assistant à Paris nombreuses missions dans l'humanitaire fédération de médecins dans sa ville de province au sein d'une société médicale active dans la formation médicale continue et dans l'échange de pratiques professionnelles.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
26	<p>- Décision qui s'est prise progressivement et qui a été accélérée par un problème de santé.</p> <p>Très grande fatigue. Une remplaçante très bien accueillie mais pas intéressée par ses conditions de travail (horaires, travail le samedi ...).</p> <p>Prise de conscience de l'augmentation des contraintes administratives, de la surveillance exacerbée de la part de la Sécurité Sociale.</p> <p>Déconsidération de la profession.</p> <p>Sentiment que les politiques « veulent nous abattre » : succession de mesures telles que celles portant sur la valeur du C, le blocage des secteurs...</p> <p>La médecine actuelle ne correspond plus à sa vision : sentiment de « perte du métier ».</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 58 ans dans le cadre du MICA.</p> <p>Retraitée car son mari a une excellente retraite ; décision progressive en parallèle avec une lassitude grandissante.</p> <p>A gardé des liens d'amitié avec des confrères ; quelques regrets de sa retraite car amour du métier et liens avec certains patients.</p> <p>Pas de remplaçant : n'en a pas cherché « car il y avait assez de médecins » « et une clientèle « c'est pas du bétail à vendre ».</p> <p>Information de ses confrères et des patients et mise à disposition des dossiers.</p> <p>Décision douloureuse car sentiment d'abandonner ses patients.</p>	<p>Femme, mariée, 3 enfants.</p> <p>Mari en retraite anticipée avec une situation très confortable.</p> <p>Début en association mais arrête par choix ; exercice en solo en milieu semi-urbain.</p> <p>Exercice très prenant, gardes de nuit.</p> <p>Directrice de crèche familiale en parallèle.</p> <p>Augmentation importante du nombre de médecins sur son secteur d'intervention.</p> <p>Pratique d'accouchements en clinique.</p> <p>Montage d'une association avec d'autres professionnels pour favoriser le maintien à domicile : réalise dans cette association de la formation médicale continue une fois par mois et réunion tous les trimestres.</p> <p>Montage d'un service de garde sur une partie du secteur. de soins palliatifs.</p>

a) Des tensions multiformes sur un plan personnel

La surcharge de travail, les contraintes temporelles, le sentiment de dégradation des conditions d'exercice, les craintes de mal faire, de se tromper, font voler en éclat les équilibres construits au cours de la vie professionnelle.

Des dégradations au plan de la santé en sont un signe fort, qui vont du sentiment de grande fatigue, de grande lassitude à des problèmes de santé sérieux.

MG 6 : « J'ai commencé à ressentir la fatigue vraiment à partir de 50 ans, pas tant sur le nombre d'heures, mais l'intensité, la relation avec les patients, la nécessité de les soutenir, la charge émotionnelle. »

MG 13 : « J'ai eu un petit problème de santé. Je me sentais de plus en plus diminué par rapport à des petits troubles de la mémoire. L'heure d'arrêter approchait. »

MG 16 : « J'ai eu un problème grave de santé et de toute façon, je n'ai pas eu le choix ; il a bien fallu que je m'arrête. Cela devait bien arriver de toute façon, j'étais tellement crevée. »

MG 26 : « J'étais vraiment fatiguée, très fatiguée et puis, ce qui a accéléré les choses, c'est que j'ai été gravement malade : un cancer. Il a fallu que je me soigne. J'ai pris une remplaçante qui a été très bien accueillie mais qui n'a pas été intéressée par « mes » conditions de travail, mes horaires de travail, le samedi... ; j'ai continué mais j'étais de plus en plus fatiguée, limite dépressive et tout me devenait insupportable. »

Les pressions familiales s'accroissent pour que le médecin cesse « de ne plus être là ».

MG 8 : « Quand ma femme a pris sa retraite, cela m'a paru normal d'arrêter. D'autant plus que j'avais décidé de m'occuper de mes deux parents qui sont très âgés et malades, et qui vivent à notre domicile. »

MG 13 : « J'avais une pression familiale de plus en plus forte pour que je lève le pied, de plus en plus de tension en raison de mon manque de disponibilité. »

MG 21 : « Ma femme souhaitait vraiment que nous puissions vivre sur Paris, ensemble. Je suis parti avec le MICA car j'avais des pressions familiales importantes. On avait envie, maintenant que ma femme est à la retraite et que les enfants sont indépendants ou presque, de faire des choses ensemble. Il faut dire que je n'étais pas souvent là entre toutes mes activités. Mais je ne me suis jamais senti inapte à travailler. »

b) Le sentiment de perte du métier

Au fil des ans, la pratique quotidienne de l'activité crée une forte tension entre les réalités du métier et les aspirations professionnelles. Le rapport subjectif au travail est mis à mal par le vécu et génère de la souffrance psychique. Le métier ne peut plus être exercé tel que ces médecins le conçoivent, dans les règles de l'art, que ce soit en ce qui concerne la pratique elle-même qu'en termes de relations avec les pairs ou encore avec la patientèle.

- Ces médecins, très fortement engagés dans leur pratique professionnelle, ne reçoivent pas en retour la rétribution symbolique attendue : la reconnaissance¹².

La reconnaissance qu'ils ne reçoivent pas doit être entendue comme la reconnaissance de la réalité de la contribution du médecin à l'organisation globale des soins, mais aussi comme la reconnaissance au sens de gratitude pour leur apport spécifique à cette organisation.

¹² Christophe Dejourné : « Travail, usure mentale », Bayard Editions, 2000.

Ce défaut de reconnaissance ressenti est attribué à la patientèle...

MG16 : « Les gens ont une mentalité d'assistés. J'ai toujours été très disponible, nuit et jour et je n'ai jamais refusé de me déplacer, même quand j'avais fini ma journée et là j'ai eu des réactions du genre : 'vous ne pouvez pas venir ce matin... seulement cet après-midi ? C'est bon, j'appelle un autre docteur'. » « Ce qui est important pour eux, c'est de passer à l'heure, peu importe le diagnostic ! »

MG26 : « Les gens sont beaucoup plus revendicatifs, ils n'ont que des droits ! vis-à-vis des prescriptions, vis-à-vis des arrêts de travail. »

... mais aussi aux pairs de leur génération ou de générations plus jeunes

MG 13 : « Les médecins plus jeunes ne voient pas les choses comme nous. Il y a un vrai changement de mentalité. Cela ne sera plus pareil. Il faut l'admettre. »

MG 16 : « Les relations avec les confrères sont différentes, il n'y a plus autant de relations directes entre le médecin généraliste et les hospitaliers et il est de plus en plus difficile de faire du suivi. Et pourtant j'ai même fait de la chimio à domicile ! »

« En rural, on fait de la médecine de France profonde : de la petite chirurgie, des plâtres, des points de suture et puis progressivement, il faut y renoncer. Je ne pouvais plus exercer mon métier comme je le concevais. Regardez la mentalité des jeunes : la priorité n'est plus le malade, c'est les conditions de travail. D'ailleurs aujourd'hui, il n'y a plus de service de garde. »

MG 21 : « Dans ma ville de province, j'ai été président d'une société médicale qui essayait de rapprocher les médecins et de travailler ensemble sur les types de prescriptions, sur les pratiques. On faisait pas mal de réunions médicales. Aujourd'hui, les contacts humains se sont beaucoup relâchés, même au sein de la formation médicale continue et cela m'a dégoûté : ce n'est pas le genre de médecine qui me convient. Les relations sont distendues même entre médecins. De plus en plus, je me suis rendu compte que pas mal de médecins ne faisaient plus le même métier. »

... ou encore aux institutions, assurance maladie et décideurs politiques.

MG 6 : « La politique de santé actuelle a pesé dans mon choix. On ressent de plus en plus les contraintes administratives et la volonté que l'on passe à l'informatique. La Sécurité Sociale est de plus en plus inquisitrice, alors que l'on a toujours bien fait notre travail. »

MG26 : « La médecine telle qu'on veut nous la faire faire, ce n'est plus la mienne. Les jeunes s'y font : ils sont devant leur ordinateur, ils vont vite. Moi aussi, j'avais un ordinateur mais je tapais après, pas en même temps ! Et qu'est ce que l'on fait de l'importance de la qualité du lien avec des êtres humains ? Moi, j'ai continué à exercer comme je pensais devoir le faire : je n'ai jamais accéléré une consultation. L'écoute, c'est 40 % de la guérison. Aujourd'hui, on n'a plus le temps. »

MG 26 : « J'étais à un dîner dans ma famille et il y avait (un responsable politique du domaine de la santé) qui au cours de la conversation a dit : « entre les médecins et les vaches folles, on n'y arrive plus ». J'étais suffoquée... Et en plus, il ne pouvait même pas donner le prix d'une consultation ! Un tel mépris, une telle incompréhension. On n'est vraiment plus rien. Les politiques démolissent la médecine libérale et les médecins avec. »

MG 16 : « Alors quand j'ai arrêté, j'ai tourné la page du jour au lendemain. Mais si j'étais resté jusqu'à 65 ans, alors là j'aurais regretté beaucoup de choses car je n'aurais plus pu faire mon métier comme j'ai aimé le faire. Or, être médecin, c'est tout de même un sacerdoce. »

Cette question de la reconnaissance nous semble majeure, dès lors qu'elle est rapprochée des profils des médecins concernés, tant la question de l'engagement est un moteur puissant de leur action. Ainsi, plusieurs d'entre eux ont des engagements humanitaires, des engagements associatifs auprès de populations ciblées ou encore des engagements collectifs au service de la population générale.

La force de cet engagement se manifeste aussi par les comportements particuliers au moment de la cessation d'activité en ce qui concerne la transmission du cabinet : la plupart d'entre eux cherchent le « bon » remplaçant, celui qui sera « digne » de leur clientèle. Leur décision

d'arrêter est dès lors retardée ou accélérée dès qu'ils l'ont trouvé. Et pourtant, tant chez ceux qui n'ont pas pu transmettre leur cabinet que chez ceux qui l'ont pu, le sentiment « d'abandon » de la patientèle est prééminent et douloureux.

MG 13 : « Si je n'avais pas trouvé de remplaçant, je ne serais pas parti. C'est normal par rapport à mes collègues, à mes patients. »

- Ce déficit, voire ce défaut de reconnaissance ressenti, influe sur l'identité professionnelle en ce qu'il génère de la perte du sens du travail accompli ou engagé, et par là même remet fortement en question « l'accomplissement de soi dans le champ des rapports sociaux »¹³.

Les propos tenus sur la perte du « statut social » relèvent, pour une grande part, de cette observation.

MG 8 : « Pour moi, c'est important d'être le médecin de famille, mais de plus en plus de patients ne le ressentent pas ainsi. Pour certains d'entre eux, je suis juste un médecin. »

MG 26 : « J'ai beaucoup aimé ce métier. Médecin généraliste veut dire que l'on est au plus près des gens ; on les voit à tout âge, on les suit. Et puis, petit à petit, les mentalités ont changé ; pour les anciens, on est resté le médecin de famille mais les autres sont devenus plus consommateurs. »

MG 26 : « De toute façon, pour eux on est des nantis et on n'a droit de se plaindre de rien. »

- Ce sentiment de perte du métier se traduit enfin par le rapprochement du passé idéalisé et de la vision pessimiste de l'avenir.

Tout un discours est tenu sur le temps de la formation initiale, temps « béni » de la transmission par les maîtres du savoir et de l'art, par « des mandarins humanistes ».

La question de la transmission du savoir, qui est aussi celle des repères professionnels, des normes en matière de comportement, est ici très importante dans le jeu de l'identité professionnelle. Le sentiment se développe de ne plus appartenir désormais à la même communauté professionnelle.

MG 16 : « J'ai eu la chance d'avoir des maîtres prestigieux et dès la première année, on était au lit du malade. La formation initiale était fondée sur la transmission. Les professeurs étaient des enseignants, des humanistes et ils étaient très proches des gens. Aujourd'hui, le contact avec le malade se fait beaucoup plus tard. Il y a beaucoup moins de médecins cliniques et de relations médecin/malade ; c'est une approche techniciste... »

Et l'avenir s'annonce particulièrement sombre si l'on se réfère aux propos décrivant les comportements des plus jeunes confrères, qui, à l'évidence, selon les médecins interrogés, ne sont plus porteurs des mêmes valeurs ou à ceux relatifs aux orientations générales en matière d'organisation de l'offre de soins, qui laissent augurer d'une fin plus ou moins programmée de la médecine libérale en exercice isolé.

¹³ Christophe Dejourn : « Travail, usure mentale », Bayard Editions, 2000.

MG 6 : « Il existe un vrai appauvrissement du métier, une valorisation de la médecine technique au détriment de la médecine de soin, c'est une perte du moteur du métier. La relation à l'autre, les jeunes ne comprennent pas cela. »

MG 16 : « Et en plus, les plus jeunes ne veulent plus être des médecins généralistes enseignants, ni maîtres de stage. Ils ne veulent pas être remis en question. Et pourtant, c'est fondamental car cela permet de faire découvrir les conditions d'exercice du métier. La transmission, le tutorat, le compagnonnage, c'est très important car les jeunes ne sont pas préparés à leur métier. »

MG 26 : « L'avenir est dans la médecine de groupe. Cela permet de faire baisser la pression et de pouvoir avoir un groupe de parole. Le mode de travail en libéral isolé est fini, périmé ; il y a trop de pressions et tout est encadré. Les médecins libéraux ne doivent plus exister en France. »

c) La rupture avec les orientations politiques en matière de santé et la prééminence des contraintes administratives

Le sentiment de dégradation des conditions d'exercice lié aux incohérences du système de soins est de plus en plus prééminent. Que ce soit sur les orientations générales prises au cours des dernières années en matière de régulation des dépenses de santé ou sur la répartition des rôles des différents acteurs au sein du système de soins ou encore dans le vécu quotidien des relations avec l'assurance maladie, l'incompréhension, l'exaspération ou encore la colère marquent les relations de ces médecins avec leur environnement.

MG 13 : « J'ai sauté sur l'occasion du MICA. Pour moi, c'était une faute politique. J'ai tout de suite pensé que cela n'allait pas durer longtemps. La manière dont les politiques gèrent la santé est incohérente. »

MG 21 : « Depuis des années, on a une approche comptable de la médecine. Tous les dispositifs vont dans ce sens. On est de plus en plus contrôlé ; notre activité médicale est sous contrôle permanent et cela n'a pas de sens. Et en plus, on doit télétransmettre !! Il y a une dispersion complète dans le système de santé, il n'y a pas de cap. Et cela ne correspond ni à mes attentes, ni à mes valeurs : médecin généraliste, c'est la partie la plus noble du métier. C'est celui qui pénètre chez les gens. »

« Aujourd'hui, on se sent mis à l'écart de la société. »

MG 16 : « La Sécu met tout le temps en cause les médecins et jamais les malades ; les patients ne sont jamais responsables de rien... La Sécu doit faire son boulot : les médecins déviants, on les connaît ; alors elle les sanctionne et point... Et en plus, il a fallu s'informatiser. Heureusement, j'y ai échappé ; je suis partie juste avant. »

MG26 : « J'ai tout à coup pris conscience que j'étais vraiment beaucoup ennuyée par la Sécu. Ils font une surveillance exacerbée qui est insupportable, alors que ceux qui exagèrent, on les connaît. Ils nous demandent de faire la police alors que c'est à eux de le faire et qu'ils ne le font pas : que les médecins contrôleurs contrôlent ! »

« On est là pour faire de la médecine, pas de la paperasse. La logique de la médecine libérale est antinomique avec les paperasses. »

« On a vraiment l'impression que les politiques veulent nous abattre. On est pris en sandwich entre eux et la Sécu et en plus, il n'y a pas vraiment de clarté dans les choix politiques. Finalement, en libéral, on n'a que des contraintes et pas de contrepartie. »

MG 21 : « Il a fallu que j'arrête du jour au lendemain comme médecin scolaire parce que j'avais 65 ans. C'est complètement absurde vu les besoins qu'il y a ! Quand j'ai commencé comme médecin scolaire, j'étais au tiers temps, puis à mi-temps et puis à plein temps ; ils ne voulaient plus me lâcher. Là encore c'est complètement idiot, on manque de médecins scolaires et on oblige à s'arrêter à 65 ans... C'est n'importe quoi, on est utile et on nous jette. »

4.2.2.2 Les non-MICA et les arrangements « pour tenir » : remplacements, salariat

5 médecins, dont 4 hommes et 1 femme, ont cessé leur exercice libéral de manière anticipée, sans recours au dispositif MICA.

Contrairement aux professionnels de la catégorie précédente, ces médecins poursuivent une activité professionnelle par choix ou par nécessité.

Deux thématiques nouvelles émergent dans le discours spontané de ces médecins, en sus des thématiques déjà évoquées et dont ils reprennent certaines à leur compte : celle du rapport charge de travail/revenu, en fin de carrière particulièrement, et celle des risques du métier.

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
10	<p>Volonté de réduire le volume de travail (80 h/sem) face à des problèmes de santé personnels 2 à 3 ans avant la cessation, puis aux problèmes de santé de son épouse (un an avant la cessation), réduisant la capacité de celle-ci à assurer son activité de collaboratrice et augmentant sa propre charge de travail. En même temps, constat de l'impossibilité de réduire cette charge en raison de la « pression des patients » et de sa propre difficulté à refuser de les prendre en charge.</p> <p>Avant les problèmes de santé, avait pris la décision d'arrêter à 60 ans en bénéficiant du dispositif « MICA ». L'annonce de sa suppression début 2000 a nécessité de trouver d'autres pistes de sortie d'activité.</p> <p>Souhaitait trouver un poste en médecine du travail en mode salarié de manière à privilégier la qualité de vie en attendant l'âge de la retraite (projet ancien).</p> <p>Souhait de trouver un remplaçant avant de cesser par respect pour sa patientèle. À attendu pendant un an pour trouver un remplaçant acceptant de reprendre la patientèle à titre onéreux et de reprendre également la maison d'habitation, avant de commencer à chercher du travail.</p> <p>Délai de 2 mois entre la recherche d'un poste et son embauche.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 57 ans.</p> <p>Activité salariée en médecine du travail à temps plein avec le souhait de passer à temps partiel à l'approche des 65 ans.</p>	<p>Homme marié, 3 enfants.</p> <p>Médecin dans une ville moyenne, exerçant seul, le cabinet se situant au sein de la maison d'habitation.</p> <p>Dès le départ, ne souhaitait pas s'installer en médecine générale de ville en raison des contraintes pesant sur la qualité de vie.</p> <p>En 1975, passage après sa thèse de la capacité de médecin du travail comme une piste possible en fin de carrière : a fait réactiver le diplôme en 2001.</p> <p>Quelques activités périphériques, mais à la marge (médecine scolaire).</p>
17	<p>Décision prise progressivement.</p> <p>Difficultés grandissantes dans les relations avec la patientèle : exigences, revendications.</p> <p>Risques grandissants : vécu personnel ou de proches de poursuites judiciaires.</p> <p>Décalage croissant entre la vision et les valeurs du métier et la réalité : « perte du métier », relations entre pairs détériorées.</p> <p>Emprise grandissante des logiques économique et financière de la médecine.</p> <p>Conditions d'exercice de plus en plus difficiles, notamment pour les gardes et le territoire à couvrir.</p> <p>Incitation forte de sa femme, sensible à la souffrance induite par son activité libérale.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 55 ans.</p> <p>Travaille à l'hôpital à temps plein.</p>	<p>Homme, marié.</p> <p>Exercice en association en milieu rural.</p> <p>Choix correspondant à un idéal de vie et d'exercice professionnel.</p> <p>Pluriactivité : médecin des sapeurs pompiers, médecin à temps partiel à l'hôpital.</p> <p>Formation continue : diplôme d'université.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
25	<p>Décalage entre la vision et les valeurs du métier et la pratique.</p> <p>Distorsions trop importantes entre l'investissement demandé au médecin (notamment en temps) et son revenu, surtout en fin de carrière.</p> <p>Écarts très importants en termes de revenu entre le médecin libéral (médecin généraliste) et le médecin salarié.</p> <p>Dévalorisation très importante de la profession : clochardisation du médecin et dégradation du métier (un « boulot d'infirmière »).</p> <p>Pas d'évolution professionnelle possible : le temps qui passe n'est synonyme que de contraintes supplémentaires pour maintenir son niveau de vie.</p> <p>Dégradation des relations avec les patients.</p> <p>Envie de s'occuper de ses petits-enfants car elle n'a pas pu profiter (élever) de ses enfants.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 60 ans.</p> <p>Retraitée.</p> <p>Actuellement fait des remplacements dans des maisons de retraite et en médecine générale dans des zones sensibles pour compléter ses revenus.</p> <p>Médecin de théâtre, membre de jurys de concours dans une mairie.</p> <p>Conseillère municipale.</p>	<p>Femme, divorcée, enfants.</p> <p>Choix de la médecine générale correspondant à un idéal d'exercice professionnel.</p> <p>Plusieurs activités au cours de sa carrière professionnelle : médecin de PMI, médecin scolaire, direction d'une maison de retraite, médecin vacataire pour le conseil général.</p> <p>Saisie d'opportunités correspondant à une curiosité d'esprit, un intérêt pour les pratiques différentes, un goût d'apprendre, de diversifier ses compétences y compris dans d'autres métiers.</p> <p>Des conditions d'exercice difficiles mais assumées ; gardes de nuit, remplacements, visites à n'importe quelle heure pour certains patients.</p> <p>Autre métier : agent immobilier.</p> <p>Plusieurs expériences d'associations.</p> <p>Aller-retour entre le secteur 1 et le secteur 2 pour un confort d'exercice au quotidien.</p> <p>Formation continue : diplôme d'université.</p> <p>Vision pessimiste de l'avenir : des médecins plus jeunes qui s'adaptent, se contentent de revenus moyens, d'horaires de bureau.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
29	<p>Petite activité, recettes insuffisantes et conditions d'exercice de plus en plus difficiles dans un quartier sensible (agressions à plusieurs reprises...).</p> <p>Écart très important entre l'investissement demandé et les revenus.</p> <p>Contraintes administratives («paperasses») de plus en plus importantes.</p> <p>Exigences accrues des patients.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 60 ans dans le cadre du MICA.</p> <p>Arrêt du MICA à 65 ans.</p> <p>Est obligé de travailler : vacataire en médecine scolaire et remplacements dans un centre de rééducation fonctionnelle.</p> <p>Aurait souhaité poursuivre son activité professionnelle.</p>	<p>Homme, marié, enfants.</p> <p>Parcours diversifié : chirurgien de formation dans son pays d'origine, exercice hospitalier en Afrique du Nord puis dans divers hôpitaux en France (FFI), puis exercice en médecine rurale dans l'ouest de la France et enfin dans en banlieue parisienne. Choix de la médecine libérale conseillé par un confrère hospitalier car il n'y aurait pas d'avenir à l'hôpital.</p> <p>L'exercice en libéral n'est pas un choix. C'est un métier qu'il déteste, qui est humiliant.</p> <p>Installation dans un quartier de banlieue «difficile».</p> <p>À toujours participé à des réunions avec les médecins et à de la formation continue : question d'intérêt professionnel et de survie pour lui.</p>

a) Une fin de carrière impossible entre risque de perte de revenu, maintien du niveau d'activité et conditions d'exercice toujours plus difficiles

Pour ces médecins, qui n'ont pu ou voulu bénéficier du dispositif MICA, la représentation de la fin de carrière est fondamentale. Fort d'exemples vécus dans le champ personnel ou proche, ils décrivent, chiffres à l'appui, le décalage croissant entre le revenu en fin de carrière et le niveau d'activité pouvant ou voulant être assumé.

Un sentiment d'injustice très fort est exprimé, à la mesure de l'engagement « donné » au cours de la vie professionnelle.

*MG 25 : « Pour les médecins généralistes, c'est l'équation impossible. Quand ils arrivent en fin de carrière, ils ont le choix entre travailler moins (et c'est ce qu'il faut car on est vraiment crevé) et gagner de moins en moins (et ce que personne ne souhaite et même on voudrait l'inverse) ou travailler plus pour maintenir son revenu. Un médecin à 60 ans gagne moitié moins qu'à 30 ans. Vous trouvez ça normal vous ? » « Et en plus, quand vous voyez les cotisations folles du secteur 2, c'est franchement pas normal. Alors je suis condamnée à travailler et je fais des remplacements ; je fais de la médecine rapide... mais aussi de la médecine pour le théâtre, je fais des remplacements dans des maisons de retraite. J'aurais continué si j'avais eu des revenus corrects. Mais là, continuer à faire 70 h par semaine en fin de carrière et pour ne rien gagner, non !!! »
« Et pourtant, j'aurais pu aller jusqu'à 80 ans !!! »*

Ce sentiment d'injustice est démultiplié par la dureté des conditions de travail, qui ont pu générer des problèmes de santé.

MG 10 : « En 2002, j'ai eu quelques petits problèmes de santé, une prothèse à la hanche. Il fallait que je diminue ma charge de travail. En 2004, c'est mon épouse qui est tombée malade. On a eu une discussion tous les deux sur le choix de réduire le volume de travail pour améliorer la qualité de vie. Nous sommes un couple très fusionnel. »

MG 29 : « Les dernières années, je faisais beaucoup d'heures et en plus des gardes le week-end et des nuits car sinon je n'avais pas assez de revenus. J'étais crevé, je n'en pouvais plus et en plus je me suis fait agresser... Pour ça, les visites, c'est un mauvais système ; cela peut être dangereux, surtout la nuit dans certains quartiers. Là où j'allais, il n'y avait qu'une seule personne qui se baladait la nuit : le médecin. »

MG 17 : « Ici le secteur est bien connu. Le président du Conseil de l'Ordre départemental nous a parlé de pénurie probable de médecins et nous a proposé une opération pilote : réunir 2 cantons pour les gardes... On avait le choix d'être volontaire ou volontaire d'office pour 3 mois. On l'a fait... puis cela a été 3 cantons et puis un secteur encore plus large... On courrait partout d'un bout à l'autre du secteur, et évidemment, la pharmacie de garde était à l'autre bout du canton... et on se faisait insulter par les gens... Ils ont compris qu'il valait mieux qu'ils aillent à l'hosto. »

MG 25 : « Quand j'ai arrêté de diriger la maison de retraite, j'ai repris le cabinet. La situation était catastrophique. La situation financière de la clientèle s'était dégradée. On ne pouvait pas demander des honoraires suffisants pour payer les charges du secteur 2. La clientèle ne supportait plus et les mutuelles ne suivaient plus. Du coup, je suis devenue médecin vacataire pour le conseil général ; j'avais un temps plein au conseil général et je faisais aussi du cabinet libéral. Je bossais tout le temps ! »

b) L'emprise grandissante des logiques économiques et financières, les incohérences des politiques de santé et des mesures prises et la fin d'un métier

Ici, le discours contre les institutions, l'assurance maladie et les politiques de santé conduites devient prééminent : la fin de la médecine libérale semble à ces médecins clairement programmée, ainsi que leur semblent en témoigner, au jour le jour, les incohérences entre les besoins en santé publique et les caractéristiques de l'offre de soins, entre les objectifs affichés des politiques et des responsables administratifs et la nature et les caractéristiques des mesures prises.

MG 17 : « On fabrique de moins en moins de médecins et en plus beaucoup vont partir à la retraite. C'est la volonté politique de tous les gouvernants. En même temps, on nous parle de délégation de tâches... C'est-à-dire qu'on va avoir moins de qualifications mais on va aussi moins les payer... C'est une crise voulue dans un sens économique. »
« À la Sécurité Sociale et au ministère de la santé, on multiplie les recommandations. Mais tout est fait plus par les énarques que par les médecins et en plus, les mesures sont diffusées au grand public avant que nous on soit informés. »
« Les recommandations faites par le ministère et reprises par la Sécu ne correspondent pas à un mode d'exercice humain de la médecine. »
« La Sécu a une vision uniquement comptable. Entre les administratifs et les médecins conseils, j'ai vraiment une impression de harcèlement. »

MG17 : « Pendant 20 ans, j'ai été médecin des sapeurs pompiers... Mais j'ai arrêté car j'en avais marre de la « case » administrative. On n'avait plus les moyens de travailler... Enfin, on n'avait plus la même conception de l'exercice du métier. Dans le même trimestre, 56 % des médecins ont démissionné. On les a remplacés par des infirmiers... »
« Le jour où je serai à la retraite, je ne voudrai plus entendre parler de médecine ; en tous cas pas de la manière dont on veut nous la faire exercer. »

Les arrangements qui ont pu être trouvés (au plan personnel) dans l'exercice même de la médecine sont de plus en plus coûteux à mettre en œuvre, voire impossibles, dans la mesure où l'activité même est de plus en plus strictement encadrée.

MG 25 : « On nous demande de faire une médecine symptomatique, à la va-vite. Il faut multiplier les actes, le nombre d'heures et cela pour un résultat de plus en plus médiocre au plan de la santé publique. »
« En plus, avec l'informatique, on ne parle plus à la personne, on parle à l'ordinateur. De toute façon, c'est de moins en moins intéressant ; on renvoie tout aux spécialistes. »
« Et pourtant moi, mon métier, c'est vraiment la médecine. J'ai vraiment aimé tout ce que j'ai fait. Mon métier c'est médecin quoi que je fasse. »
« Pour qu'un médecin gagne bien sa vie, il faut qu'il fasse de la « m... », et c'est très coûteux ! Il y a antinomie entre le confort des médecins et les projets de la Sécu... » « Et du coup, il y a à la fois clochardisation du médecin et augmentation des dépenses pour la Sécu. »

MG29 : « La Sécu a mis en place un système pervers qui change les pratiques médicales. »

Selon ces professionnels, cette emprise grandissante des logiques économiques, financières et gestionnaires a une incidence forte sur le positionnement du médecin généraliste libéral au sein de la société, tant en termes d'image sociale que de statut social.

MG 25 : « Il faut redonner à la profession sa juste valeur ; faire une médecine de qualité, rémunératrice pour les médecins. La médecine actuelle c'est de l'infirmerie ; il y a une vraie dégradation du métier. »
« Et mes enfants... Si vous saviez comment ils parlent de mon métier ! Mon fils n'a jamais voulu faire ce métier. Il est dentiste et aujourd'hui orthodontiste. Il gagne 10 fois plus que moi. Et ma fille, elle me dit que je fais une médecine de m... de banlieue, un métier de mendiant. Elle est directrice de communication. »
« Et l'image sociale du médecin, c'est important. C'est aussi lié à ses revenus et sa réussite sociale. Or, la tendance s'est inversée aujourd'hui. »

Et la combinaison de cette dégradation de l'image du médecin avec certaines mesures prises en faveur de certaines populations génère des difficultés grandissantes dans les relations avec les patients.

MG 17 : « Les gens demandent tout, tout de suite et de façon de plus en plus revendicative. Le médecin était respecté avant ; il avait un statut social. Maintenant, ce statut est en diminution. Quand on est de garde et qu'on ne répond pas assez vite, on se fait insulter. »

MG 25 : « Les gens qui ont la CMU, ils vont au supermarché quand ils vont chez le médecin : c'est la bobologie et en plus ils réclament... Ils ont de ces exigences !!! Il y en a qui sont violents. Ils encombrent les salles d'attente. Ils devraient aller dans des dispensaires... Mais là, ils ont un chéquier gratuit, surtout dans le 93 ! »
« La CMU, c'est une population entière qui surconsomme et qui est très exigeante. »

MG 25 : « Vous savez, on se fait sa clientèle. Moi, j'avais un problème avec le temps... Les gens ne supportaient pas d'attendre... Mais je ne prenais tout de même le temps qu'il fallait. Un de mes associés, lui, il n'avait jamais d'attente ; il gardait les patients 6 mn !!! Vous vous rendez compte !

MG 29 : « Les patients, surtout ceux en CMU, sont de plus en plus exigeants et gros consommateurs. »

Cette dégradation de l'image et cette perte de statut social introduit enfin une dimension nouvelle : celle des risques du métier.

MG 17 : « J'ai arrêté progressivement de faire certaines choses : les sutures sur le visage de femmes jeunes, les plâtres, ou toute autre chose pouvant donner lieu à récrimination ou prise en charge par les spécialistes. »

Et la situation est d'autant plus désespérée que les jeunes générations s'adaptent finalement bien à cette nouvelle logique.

MG 25 : « Aujourd'hui, les médecins s'adaptent. Les plus jeunes se contentent d'un salaire de 3 000 € en refusant la permanence des soins, en ayant des horaires de bureau. La qualité de vie passe avant le métier. C'est un métier comme un autre ; ils le font comme les autres métiers. Ceux qui ont une grosse clientèle, c'est qu'ils multiplient les actes. »

4.2.3 La cessation d'activité libérale à partir de 65 ans ou la cessation raisonnée

12 médecins libéraux cessent leur activité à partir de 65 ans. Parmi eux, on trouve 2 femmes et 10 hommes, les femmes ayant cessé à 65 ans et 68 ans pour partir à la retraite.

Sur les 10 hommes, 6 sont partis à partir de 67 ans, le plus âgé l'ayant fait à 77 ans. En outre, si 6 d'entre eux ont cessé toute activité, 4 effectuent des remplacements occasionnels ou ont une activité salariée à temps réduit. Ils sont âgés de 66 à 67 ans.

Parmi les 12 médecins, 8 ont cédé leur patientèle, dont 7 à titre onéreux.

Deux cas de figure peuvent être distingués :

- Les médecins qui fixent une limite à leur activité professionnelle

Leur décision est fondée sur leur représentation de l'âge perçu comme normal, de leur point de vue, pour cesser leur activité. Leur libre arbitre joue à plein.

- Les médecins qui, petit à petit, sont contraints d'arrêter

Pour cette catégorie, le choix est difficile, voire impossible. Pour certains médecins, 65 ans est un âge qui ne signifie rien en termes de cessation d'activité. Il est toujours trop tôt !

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
1	<p>À décidé de s'arrêter face à un sentiment de fatigue et à la volonté de consacrer plus de temps à la vie personnelle.</p> <p>A reculé un peu l'âge mais s'était fixé cette barrière de 67/68 ans (65 ans était un peu jeune).</p>	<p>Cessation d'activité à 68 ans.</p> <p>Retraitée.</p>	<p>Femme mariée, deux enfants.</p> <p>Activité en zone péri-urbaine seule.</p> <p>Quelques activités annexes mais à la marge car a toujours cherché à équilibrer sa vie de famille et sa vie professionnelle. Le revenu du conjoint permet d'assurer un haut niveau de revenu au couple.</p> <p>A cherché à développer une médecine humaine, à l'écoute des patients, une médecine relationnelle.</p>
4	<p>Cessation après plusieurs petits problèmes de santé qui devenaient handicapants pour sa pratique.</p> <p>S'était fixé de s'arrêter entre 67 et 70 ans.</p> <p>A retardé un peu sa décision devant la difficulté à trouver un successeur.</p>	<p>Cessation d'activité à 69 ans.</p> <p>Retraité.</p> <p>Pas de cession de clientèle.</p>	<p>Homme marié, 2 enfants.</p> <p>Activité isolée dans un bourg rural.</p> <p>Choix de venir s'installer en milieu rural car y a toujours vécu, et « connaît les gens ».</p> <p>Fortement impliqué dans des activités associatives extra-médicales.</p> <p>Peu de liens avec l'hôpital.</p>
7	<p>Cessation motivée par l'âge (77 ans), et le sentiment d'une fatigue grandissante due au fait de devoir « tenir le rythme ».</p> <p>Les discussions avec le comptable montraient des possibilités de plus-value.</p> <p>En même temps, déception en raison d'un sentiment de dégradation des relations avec les institutions (sur deux ou trois cas) et difficulté de plus en plus forte à tenir dans sa volonté de ne pas passer à l'informatique.</p>	<p>Pas de successeur en raison de son refus de principe (pense qu'il n'a pas à vendre sa clientèle alors qu'il ne l'a pas achetée et que la clientèle ne lui appartient pas), mais l'aurait peut être cédée à titre gracieux si avait trouvé un successeur en phase avec son approche du métier (notion de transmission).</p> <p>Continue à lire les revues médicales et à venir à son ancien cabinet, qui sert de bureau, tous les jours.</p>	<p>Homme, marié, 3 enfants.</p> <p>Activité seul au centre d'une grande ville.</p> <p>À fortement apprécié son métier, la relation à la clientèle, le fait de pratiquer des actes diversifiés.</p> <p>Médecin de famille avec quelques cas de plusieurs générations de patients.</p> <p>Fortement impliqué dans l'analyse de la relation parent / enfant (a écrit un livre).</p> <p>Expérience de médecin salarié dans une entreprise d'exploitation minière de charbon dans le nord.</p> <p>A eu une expérience de 20 ans en médecine pénitentiaire.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
11	<p>Depuis longtemps, s'était fixé la limite de 67/68 ans pour arrêter. Passage au secteur II pour améliorer les conditions de travail. Volonté de se reposer et de « faire baisser la pression » d'autant plus forte qu'il refuse toute informatisation. Acceptait d'arrêter uniquement s'il trouvait un remplaçant pour ne pas surcharger ses collègues et ne pas « laisser tomber » sa patientèle. A commencé à rechercher un remplaçant à 66 ans en se laissant 2 ou 3 ans pour trouver, mais a trouvé dès le lendemain du dépôt de l'annonce un repreneur intéressé qui lui convenait, ce qui a précipité la décision d'arrêter.</p>	<p>Cessation d'activité à 66 ans. Retraité. Continue à faire des remplacements du successeur 5 semaines par an mais souhaiterait en faire un peu plus, même sous forme salariée, mais pas de réelles possibilités en raison du poids des charges sociales et fiscales. Reprise de la patientèle à titre onéreux.</p>	<p>Homme, marié. Activité en groupe avec deux autres collègues dans une petite ville. Passage en secteur 2 en 1981, au début avec la volonté de faire de l'homéopathie et de l'acupuncture, puis, devant le constat d'un manque de clientèle, est resté quand même en secteur 2, en n'appliquant le tarif qu'à une partie de la clientèle la plus aisée (80 %). Médecin militaire en début de carrière (14 ans en comptant les études) pour financer les études. En coopération. Fortement attaché au statut de libéral.</p>
12	<p>Envie de plus en plus pressante de cesser l'activité en raison : d'un sentiment de fatigue, du poids que représentait la charge d'activité auquel se surajoutaient quelques petits ennuis de santé bénins ; de la volonté de consacrer plus de temps à lui-même et à sa famille ; de l'analyse financière montrant la possibilité de cesser ; de la difficulté à résister à l'informatisation. Décision mûrie sur 3 ans après l'acceptation de la renonciation à céder la patientèle face au constat de la difficulté à trouver un successeur.</p>	<p>Cessation d'activité à 67 ans. Retraité. Volonté forte de consacrer du temps à ses petits-enfants et à des travaux divers dans sa résidence (jardinage, entretien), regrettant de n'avoir pu le faire avant.</p>	<p>Homme marié, 5 enfants. Activité dans une grande ville, en groupement avec deux autres confrères. Clientèle fidèle depuis 36 ans. Maire d'un village en milieu de carrière pendant 2 mandats. Très satisfait de la retraite, du repos retrouvé.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
14	À décidé de cesser son activité professionnelle pour accompagner son épouse suite à une maladie grave.	<p>Cessation de l'activité libérale à 66 ans.</p> <p>A trouvé un emploi salarié à mi-temps au sein de l'antenne locale de l'Établissement Français du Sang dans les derniers mois de la maladie de sa compagne, de manière à prendre un peu de distance par rapport à la situation.</p> <p>A trouvé un successeur à titre onéreux, mais a été très déçu de la manière dont celui-ci a repris sa patientèle (refus de faire les visites à domicile).</p> <p>S'interroge encore sur la possibilité de reprendre une activité libérale pendant 3 à 5 ans mais hésite face aux conséquences financières du mode libéral (par rapport à son statut actuel de salarié) et aux conséquences en termes de charge de travail (administrative et gestion).</p>	<p>Homme veuf, trois enfants.</p> <p>3 ans de coopération en début de carrière, ce qui l'a « marqué à vie » quant à la pratique. Activité seul au centre d'une ville moyenne après une longue expérience en groupe.</p> <p>Précurseur dans la mise en place d'une médecine de groupe localement.</p> <p>Installé en secteur II pour permettre une médecine plus relationnelle en phase avec son approche du métier, tout en maintenant les visites au domicile.</p> <p>Participation à la création d'un service à l'hôpital où il a assuré longtemps un mi-temps.</p> <p>Précurseur dans la mise en place d'un suivi informatisé des dossiers facilitant la prescription.</p>
18	<p>Fatigue : mode d'activité très éprouvant d'autant plus que la taille de la clientèle a augmenté quand elle a cessé son activité à l'ADAPEI.</p> <p>« Avertissements » de santé sérieux.</p> <p>Contraintes administratives de plus en plus grandes.</p> <p>Possibilités financières de s'arrêter.</p>	<p>Cessation de l'activité salariée à 64 ans et de l'activité libérale à 65 ans.</p> <p>Retraîtée.</p> <p>Engagements bénévoles hors du champ médical.</p>	<p>Femme , mariée, 4 enfants.</p> <p>Plusieurs activités pendant une grande partie de sa vie professionnelle : cabinet libéral, institutions, centres hospitaliers.</p> <p>Éviter la médecine générale pour concilier vie professionnelle et vie de famille.</p> <p>Travail avec les polyhandicapés, création de service de soins et d'éducation à domicile : travail en équipe pluridisciplinaire.</p> <p>Formation d'un groupe de recherche en linguistique et psychologie.</p> <p>Médecin à l'ADAPEI.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
19	<p>Décision prise progressivement. Avait été intéressé par le MICA mais n'avait pu/voulu vendre son cabinet à ce moment-là car les profils des confrères ne lui convenaient pas (intéressés en 1ier lieu par les conditions de travail en termes d'horaires, de gardes, de vacances, de chiffre d'affaires).</p> <p>S'était fixé « une barrière » en termes d'âge : 67 ans.</p> <p>Femme malade et pression de sa fille.</p> <p>Rencontre avec un successeur qui lui a convenu et avec qui la transition s'est faite en douceur : présentation à la clientèle...</p> <p>Ras le bol des contraintes administratives, du dossier médical personnalisé, de l'informatique.</p>	<p>Cessation de l'activité hospitalière à 65 ans : choqué par l'annonce brutale de sa mise à la retraite.</p> <p>Cessation de l'activité libérale à 67 ans : vécu douloureux, même si tuilage avec son successeur pendant un mois.</p> <p>Continue à lire des revues médicales, à aller en formation.</p>	<p>Homme, marié, enfants.</p> <p>Études de vétérinaire avant la médecine.</p> <p>Installation dans une grande ville de province, seul, puis en association, puis seul à nouveau.</p> <p>Vacations à l'hôpital.</p> <p>Épouse collaboratrice de l'activité libérale.</p> <p>Très impliqué en formation médicale continue.</p>
20	<p>Décision prise progressivement, 65 ans étant « un bon âge ».</p> <p>Envie de s'investir pleinement dans son association.</p> <p>Désaccord avec « l'ordinateur sur le bureau », les exigences croissantes de la Sécurité Sociale, les exigences et revendications de la patientèle.</p> <p>Remplaçant accepté par ses pairs (exercice en grand groupement) et lui-même en accord sur le profil de son successeur même s'il est « un peu déficient » au plan humain. Cession en douceur (exercice « en doublon » pendant 6 mois).</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 65 ans.</p> <p>Retraité.</p> <p>Très actif dans une association d'art.</p> <p>Succession convenable, le mode d'exercice facilitant la reprise, notoriété, patientèle solide, secteur en « explosion » démographique...</p>	<p>Homme, marié, enfants.</p> <p>Remplacements dans des zones rurales.</p> <p>Tente une première association en province mais sans succès.</p> <p>Intérêt pour la médecine en groupe (grande vogue à l'époque) : intègre un groupement dans une ville moyenne, en secteur rural, et exerce de cette façon pendant 12 ans.</p> <p>Militant de la médecine de groupe.</p> <p>Souhait personnel d'exercer dans une plus grande ville (vie culturelle, reprise d'études envisagée) : association dans un groupe de 23 professionnels.</p> <p>Études : spécialisation médicale et histoire de l'art.</p> <p>Création d'une association et dès ce moment-là, double activité : médecine et histoire de l'art.</p> <p>Médecin heureux jusqu'au bout car exercice en accord avec ses valeurs et sa vision du métier.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
23	<p>Décision prise à contre cœur ; aurait souhaité travailler jusqu'à 70 ans : goût, plaisir et maîtrise du métier.</p> <p>Gros problème de santé et problème familial grave.</p> <p>Dégradation des conditions d'exercice du métier et notamment pas de maîtrise du parcours du patient et de l'acte.</p> <p>Dévalorisation de l'image du médecin et perte du statut social.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 67 ans.</p> <p>A « bradé » sa clientèle.</p> <p>Activité de médecin assermenté.</p> <p>Médecin coordonnateur dans une maison de retraite.</p>	<p>Homme, divorcé, enfants.</p> <p>Médecin généraliste dans une grande ville de province ; orientation en médecine du sport.</p> <p>Autres activités très variées.</p> <p>Arrêt de l'activité libérale pendant 2,5 ans en raison de l'état de santé de sa femme : exercice à la MSA, puis reprise de l'activité libérale.</p> <p>Très grande clientèle, variée, fidèle.</p> <p>Plusieurs activités par choix : liberté, indépendance financière, stimulation intellectuelle, connaissance d'autres milieux (la Sécu).</p> <p>Mode d'exercice maîtrisé : pas de visites, uniquement des consultations, maîtrise des contraintes administratives.</p>
24	<p>Décision envisagée à partir de 70 ans et retardée à cause des études universitaires de son dernier fils.</p> <p>Longue recherche d'un successeur qui soit digne de sa clientèle ; « on a des devoirs vis-à-vis de sa clientèle ».</p> <p>Décision d'arrêter à cause de son âge ; il est temps de s'arrêter.</p> <p>Peur de ne plus être à la hauteur : ne plus avoir le poids des responsabilités.</p> <p>Complication de l'exercice de la médecine : dossier médical personnalisé, informatique, télétransmissions.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 71 ans.</p> <p>Retraité.</p> <p>A gardé avec plaisir des contacts avec certains patients et très peu avec des collègues.</p> <p>Reste abonné à une revue médicale pour rester à niveau sans acharnement.</p>	<p>Homme, marié, 5 enfants.</p> <p>Installation dans une petite ville de province et pratique de la médecine rurale + un poste à l'hôpital.</p> <p>Raisons familiales (ennui, scolarité des enfants) le conduisent à s'installer dans une grande ville de province.</p> <p>Création de son cabinet, vacations dans un foyer d'étudiants handicapés moteurs.</p> <p>Intégration d'une amicale de médecins : convivialité et amélioration des connaissances.</p>

	Principales motivations évoquées	Situation après la cessation	Profils
30	<p>La décision a été prise depuis 2 ans environ suite à :</p> <p>la pression de sa femme par rapport à sa fatigue, au souhait de profiter de la vie, aux confères qui meurent ;</p> <p>l'augmentation très importante de la « paperasserie », l'informatisation ;</p> <p>au sentiment de « perte du métier » : moins d'actes techniques, de petite chirurgie ; recours systématique aux spécialistes ;</p> <p>la dégradation de l'image de la profession ; moins de respect du « notable ».</p> <p>au changement de mentalité de la clientèle.</p>	<p>Cessation de l'activité libérale à 66 ans.</p> <p>Retraité.</p> <p>Aurait continué s'il avait eu un successeur intéressant.</p> <p>Suit occasionnellement des formations.</p> <p>Regard triste sur la cessation d'activité, sentiment d'inutilité.</p>	<p>Homme, marié.</p> <p>Installation en zone rurale par choix : qualité de vie.</p> <p>Exercice contraignant en termes de disponibilité : horaires, gardes, territoire étendu.</p> <p>Evolution du mode d'exercice due aux évolutions des caractéristiques du territoire, qui est passé de l'état de village bien vivant à celui de zone dortoir.</p> <p>Secrétaire qui assurait toute la partie administrative.</p>

4.2.3.1 L'âge de cessation d'activité, jeu du libre arbitre

Les médecins fixent un âge auquel ils entendent cesser leur activité professionnelle, en fonction de leur propre représentation de l'âge « normal » ou « raisonnable ».

L'âge « normal » ou « raisonnable » est cependant très variable puisqu'il oscille entre 65 ans et 71 ans. Un des éléments explicatifs qui peuvent être avancés ici est celui de la situation personnelle du médecin concerné : épouse ne travaillant pas, enfants poursuivant des études.

Les motivations principalement mises en avant relèvent de préoccupations personnelles. La cessation est dès lors perçue positivement, non subie. Elle n'engendre pas le sentiment d'une dégradation de la situation, mais plutôt d'un repos bien mérité, après un fort investissement dans l'activité, au sacrifice souvent de la vie personnelle ou familiale.

D'ailleurs, la cessation d'activité n'est pas forcément totale : elle peut se combiner avec une activité salariée à temps réduit, des remplacements très ponctuels du successeur, une participation à la formation médicale continue, la lecture de revues professionnelles spécialisées ou encore des liens réguliers (visites amicales bénévoles) avec certains patients âgés.

Mais, désormais, ces médecins peuvent s'investir davantage dans d'autres activités correspondant à des champs d'intérêt délaissés jusque-là tels que des hobbies (jardinage, activités artistiques), des voyages, la famille (petits-enfants), du bénévolat.

La question de la cession du cabinet constitue ici une opportunité pouvant accélérer la décision ou la retarder, mais jamais elle ne l'arrête.

a) La pression de l'entourage et une volonté d'investissement autre

Si la décision résulte du libre arbitre, elle est cependant plus ou moins facile à prendre selon le degré de « préparation » du professionnel et de son investissement dans d'autres activités.

MG 1 : « Clairement, je voulais prendre du temps pour moi, pour ma vie personnelle. »

MG 11 : « Pour tout le monde, il était temps que j'arrête. Mon épouse avait cessé ses activités associatives. J'avais une pression de plus en plus forte pour que je me libère un peu. Et puis, j'avais vraiment envie de prendre du temps avec mes enfants et petits-enfants. J'en ai 8, tous dans un rayon de 20 km. Je voulais également faire baisser la pression, m'occuper de mon jardin, de ma maison, prendre un pot avec mes amis. Rien de plus, que des choses simples. »

MG 19 : « Ma femme a commencé à avoir des ennuis de santé. Et comme j'approchais de l'âge de 65 ans, je me suis dit que c'était le moment d'arrêter. J'y pensais de toute façon depuis un certain temps. Ma fille m'en parlait depuis un bon bout de temps et a réellement insisté pour que je m'arrête. M'arrêter me permettait d'être auprès de ma femme et de pouvoir profiter de moments tous les deux. Mais je continue à garder le contact ; je suis toujours abonné à des revues médicales, j'ai toujours mon bureau... - c'est ici même... -, et je continue à aller à de la formation continue. »

MG 20 : « Je suis président d'une association artistique et j'y suis de plus en plus investi depuis quelques années. J'ai eu franchement envie de m'y consacrer à plein temps car cela me passionne, sachant que j'estimais que 65 ans était un bon âge pour s'arrêter. Je suis en pleine forme, j'ai envie de faire autre chose que de la médecine, et les enfants se débrouillent maintenant. »

b) La peur de ne plus être à la hauteur

MG 1 : A un certain moment, il faut le reconnaître, les choses évoluent, on n'est plus forcément bon. »

MG 24 : Un peu avant 70 ans, je me suis dit qu'il était temps d'arrêter. Je n'avais pas vraiment d'âge précis en tête, mais j'ai été de plus en plus conscient que je pouvais, peut-être plus qu'avant, me tromper. J'ai commencé à avoir peur de ne plus être à la hauteur et finalement, quand j'ai trouvé un successeur, cela a été un vrai soulagement. Je n'avais plus à supporter le poids de cette responsabilité vis-à-vis de mes patients. »

c) Des conditions d'exercice plus pesantes et un sentiment de la fin d'une époque

S'il ne s'agit pas là de la motivation majeure de la cessation d'activité, les conditions d'exercice au quotidien, l'environnement plus général (politiques de santé, organisation de l'offre de soins et du statut libéral ou encore perception des modes d'exercice des plus jeunes confrères) accentuent le sentiment qu'il est temps de partir.

MG 19 : « Le métier de médecin généraliste est passionnant, mais c'est très contraignant. J'ai toujours fait beaucoup de temps, en commençant tôt et finissant tard ; mais j'étais bien organisé et cela a duré 32 ans y compris le samedi. Mais je m'en sortais pas trop mal grâce à l'appui de mon épouse et de ma propre organisation ; j'ai imposé mes « trucs » : je ne faisais pas de visites le soir. Mais au fil du temps, les conditions d'exercice se sont tout de même dégradées, surtout avec la clientèle. »

« Il y en a ras le bol d'une pratique libérale de plus en plus contraignante : entre le temps de présence que l'on doit assurer et les contraintes administratives qui se rajoutent, on s'en sort pas. »

MG 24 : « La médecine se complique beaucoup : on ne parle que de dossier médical personnalisé, d'informatique, de télétransmission... autant de choses tellement inutiles. C'est la technicité à outrance et finalement à quoi ça sert ? »

« Les patients ont de moins en moins de patience. Et plus il y a de connaissances sur la santé, plus il y a de l'anxiété. Alors cela n'est pas facile tous les jours. »

Le décalage en termes de valeurs avec les jeunes générations et de pratiques est de plus en plus prégnant et donne le sentiment qu'une époque est bien révolue et qu'il est maintenant temps de partir. « L'art s'efface devant la profession. »

MG 19 : « Les relations avec les collègues ont beaucoup changé : il y a moins de convivialité et puis avec les plus jeunes, on n'a pas les mêmes valeurs. Leurs intérêts sont d'avoir du temps libre et de gagner beaucoup d'argent. »

MG 20 : « Les confrères plus jeunes n'ont pas les mêmes valeurs que nous : on a été formés par des mandarins et cela incitait à bosser. Aujourd'hui, les jeunes ont une formation plus scientifique. On formait des humanistes ; on forme maintenant des scientifiques. Une de mes amies cherchait un associé. Cela a été très difficile car ceux qui se présentaient avaient des revendications en termes de conditions de travail, de temps libre, de gardes (ils n'en veulent plus). Je le ressens d'autant plus que dans la médecine de groupe, on défend une vraie conception de la médecine : de la solidarité, de l'aide mutuelle... Cet esprit pionnier allait très loin. Et aujourd'hui, cela pourrait marcher dans un état d'esprit différent car les jeunes sont de plus en plus individualistes. Ils choisiraient cet exercice pour avoir des facilités !! »

MG 24 : « Les jeunes s'intéressent beaucoup plus à leurs loisirs qu'au travail. Mon successeur a 42 ans ; il n'a fait que des remplacements jusque-là ; et encore, il a différé de quelques mois son arrivée. Cela se passe bien avec lui, mais à 7 h, le cabinet est fermé... Moi, je prenais toujours les patients même après l'heure à laquelle j'aurais dû arrêter. »

4.2.3.2 L'âge de cessation d'activité, entre contrainte et renonciation

Pour ces médecins, prendre la décision de cesser son activité est difficile, voire impossible. Arrêter constitue un trop grand renoncement à la relation à la clientèle, à ce qui a fait le sens de l'engagement de toute une vie professionnelle.

La cessation d'activité est vécue comme une souffrance (plus ou moins grande) et un manque, que le repos ou la possibilité de faire autre chose ne peuvent tout à fait combler.

La pression doit être dès lors très forte et résulter d'un faisceau d'évènements mineurs ou d'un évènement majeur (problème de santé par exemple) pour qu'ils parviennent à franchir le cap. Des prétextes divers peuvent justifier le fait de rester « encore un peu » : par exemple ne pas trouver de remplaçant, abandonner sa clientèle suivie depuis tant années, voire sur plusieurs générations, faire une médecine différente qui manquerait aux patients.

L'arrêt de l'activité est alors subi, et engendre parfois de la souffrance, qui se traduit par un sentiment d'inutilité.

D'une certaine manière, ces professionnels ne sont pas et ne seront jamais prêts, même si une nuance doit être apportée pour quelques uns d'entre eux, au regard notamment de leur état de santé, qui joue ici un rôle prépondérant.

Toutefois, certaines motivations sont avancées par ces professionnels pour expliquer leur décision.

a) Une grande fatigue, des alertes de santé et une pression familiale

Ces professionnels ne se sont pas fixés « un bon âge » de cessation d'activité. Ils l'associent plus sûrement à des faits objectifs (âge à partir duquel on commence à ressentir de la fatigue, où l'on se sent moins sûr de soi) ou à des considérations personnelles (sens et place de son métier dans la vie personnelle). L'état de santé constitue ici un élément majeur, déterminant dans la prise de décision.

MG 18 : « J'ai eu des avertissements de santé très sérieux coup sur coup sur 18 mois, et là je les ai vraiment pris en considération, d'autant que mon activité était très prenante et demandait beaucoup de concentration. Mes enfants m'ont aussi dit qu'il était temps que je m'arrête et comme financièrement je pouvais le faire, j'ai arrêté. »

MG 23 : « J'ai arrêté en libéral car j'ai eu une opération très lourde dont j'ai eu du mal à me remettre. Dès que j'ai pu, j'ai continué mes expertises et puis, j'ai sauté sur l'occasion d'un poste de médecin coordonnateur dans une maison de retraite. Sans ce pépin de santé, j'aurais continué jusqu'à 70 ans, par goût, par vrai plaisir et puis parce que j'ai une bonne maîtrise du métier. »

MG 30 : « Ma femme a commencé à insister pour que je m'arrête car j'étais de plus en plus fatigué et je récupérais moins bien. Et puis, elle me disait aussi de regarder autour de moi, mes confrères qui meurent pas très âgés. »

b) Une dévalorisation de l'image sociale et des relations confraternelles moins satisfaisantes

Cette motivation est mise en avant sans qu'elle constitue un motif de première importance. En effet, ces médecins maîtrisent leur exercice professionnel, y compris sur cet aspect et ont suffisamment d'ascendant sur leur clientèle ou sur une partie d'entre elle. Il y a davantage là

l'expression d'un constat regrettable, qui vient ternir les dernières années de la vie professionnelle, mais qui n'a pas prise ou une prise limitée sur leur identité professionnelle profonde : ils sont médecins avant tout.

MG 23 : « De plus en plus, il y a une dévalorisation de notre image. Le médecin est consommé. On devient des larbins. »

MG 30 : « Il n'y a plus de respect du notable. On devient un agent de service. La clientèle a beaucoup changé de mentalité sur les 10 dernières années. Aujourd'hui, le médecin est un cadre moyen, sans plus. Cela fait longtemps que je ne peux plus changer ma voiture tous les ans. Et pourtant c'est important pour tenir son standing et être respecté... toutes ces choses-là. »

MG 30 : « Les relations restent à peu près confraternelles mais ce n'est plus aussi convivial qu'autrefois. Avec le 15, les relations au médecin généraliste ont changé : il y a un manque de considération. Ils nous prennent pour des c... qui n'y connaissent rien. »

Cette représentation est accentuée par le fait que les pratiques professionnelles des jeunes générations sont perçues comme très différentes.

MG 30 : « Les jeunes n'ont plus le temps d'examiner les malades. Ils pianotent sur leur ordinateur. Le malade est expédié et tout se fait au détriment de l'examen clinique, du contact avec le patient et dans notre métier, c'est très important la parole. Moi, je n'ai pas voulu de l'informatique. Mais des confrères ont été obligés de changer leur pratique car cela n'était plus rentable. »

c) Des conditions d'exercice éprouvantes et des contraintes administratives pesantes : le règne de la paperasserie et la déconsidération d'une profession

L'âge est là qui, au fil du temps, fait ressentir plus durement les conditions d'exercice. Jusque là, les mesures adéquates ont été prises qui permettent d'en amoindrir la portée, notamment en termes d'organisation du travail (aménagement d'horaires, pas de visites, recours à l'épouse ou à une secrétaire pour tout ce qui concerne l'administratif et les relations à la clientèle). Mais celles-ci ne suffisent plus à faire face, l'argument majeur avancé relevant de l'accentuation des pressions de l'assurance maladie sur l'activité.

MG 30 : « À partir de 2003, un confrère des environs a décidé de ne plus répondre au téléphone à partir de 19h30. J'ai suivi. On renvoyait sur le 15. Nous aussi, on voulait une vie comme tout le monde et avoir moins d'horaires déments. Et finalement, la clientèle a accepté. De la même façon, on a supprimé le système de gardes. Cela a allégé mes conditions de travail mais cela restait dur. »

« La Sécu fait vraiment des contrôles non pertinents. Ils ont une vision uniquement comptable ; ils méconnaissent complètement les médecins de tous les jours ; ils ne sont pas sur le terrain. Et du coup, c'est toute la profession qui est déconsidérée. »

Un autre type d'arrangement est trouvé par certains, qui auraient souhaité continuer un peu : la poursuite de l'activité, mais en tant que salarié.

V. L'analyse

Les différents éléments « situationnels » présentés montrent clairement des points de convergence dans les motivations conduisant à la décision de cesser l'activité libérale.

Mais l'influence des facteurs de cessation cités n'est pas mécanique, en ce que les motivations ne jouent pas de la même manière sur les professionnels appartenant à l'un des trois groupes de la typologie proposée précédemment (la cessation précoce d'activité libérale et la recherche d'une activité salariée comme deuxième carrière professionnelle, la cessation anticipée d'activité libérale et la défense de soi, la cessation d'activité à partir de 65 ans et la cessation raisonnée). Si leur explicitation donne des éléments de compréhension des comportements des médecins, elle ne suffit cependant à comprendre ni les arbitrages réalisés par ceux-ci, ni la manière dont ils ont été opérés. Or, dans la question de la cessation, les arbitrages conduisant au « passage à l'acte » sont tout aussi importants que les motivations premières.

C'est pourquoi, conformément à nos hypothèses de travail, il nous a paru nécessaire :

- d'une part, de travailler – au-delà des singularités de chaque groupe de la typologie – sur les motivations génériques ayant présidé à la prise de décision. Il s'agit ici de répondre à la question : « À quels éléments renvoient les motivations évoquées ? »
- et d'autre part, de préciser la manière dont ces motivations sont intervenues sur le processus de décision.

Deux points sont donc développés dans l'analyse.

- Le premier point présente, au-delà des singularités déjà évoquées, les motivations génériques permettant de nourrir la réflexion sur l'existence de leviers susceptibles de « déplacer » les arbitrages réalisés par les médecins.
- Le deuxième point vise à inscrire les motivations évoquées dans la trajectoire professionnelle et personnelle des médecins, afin de repérer l'interaction entre la situation de la personne, son profil, son histoire professionnelle, son cheminement et le(s) motif(s) avancé(s). Cela permet d'expliciter l'aspect non mécanique des choses, une même situation ne conduisant pas nécessairement au même choix. Il s'agit de comprendre le rapport entre la singularité des situations et les motivations plus générales et de repérer les mécanismes de décision afin, là encore, d'identifier les marges de manœuvre possibles.

5.1 La prise de décision : une stratégie de défense individuelle fondée sur une combinaison de motivations génériques

L'analyse des entretiens met en évidence la combinaison d'éléments multiples dans la décision de cesser l'activité libérale.

Parmi les principales motivations évoquées par les médecins rencontrés, plusieurs peuvent être mises en exergue dans la mesure où elles apparaissent comporter une dimension plus générale et relever à chaque fois d'une problématique particulière.

5.1.1 Des « évènements » personnels ou familiaux obligeant à cesser l'activité

Ces « évènements » correspondent principalement, pour les médecins rencontrés, à des problèmes de santé, personnels ou du conjoint(e), nécessitant de cesser l'activité ou d'accélérer la décision. **Dans ce cas, il s'agit moins d'un choix que d'une contingence s'imposant à eux.**

Il convient cependant de faire une distinction ici entre les situations où se produit un événement ne laissant pas de choix et obligeant à un arrêt rapide (par exemple suite à un problème de santé particulièrement prégnant), et les situations où le médecin pourrait encore continuer en essayant de trouver des « arrangements » rendant la situation « supportable ».

L'obligation d'arrêter est subie : ce n'est pas leur choix, mais bien la résultante d'un événement s'imposant à eux.

Il s'agit alors pour le médecin d'adopter une « stratégie » permettant de garder un lien - autant que faire se peut - avec le « métier ». Cela lui laisse du temps pour faire le cheminement lui permettant d'appréhender petit à petit la situation, d'accepter, d'engager le processus de prise de décision et de préparer les conditions de la cessation.

Lorsque ce cheminement est relativement court et dans une temporalité imposée par la situation, l'acceptation « après coup » n'est pas toujours facile. Elle peut même être longue, voire être remise en cause, notamment si les conditions de la cessation n'ont pu être suffisamment préparées, et s'il existe un regret quant aux conditions dans lesquelles s'est passée la cessation d'activité libérale.

Il en va de même quand l'activité libérale « ne se laisse pas aménager » et quand les stratégies engagées ne s'avèrent pas payantes.

Enfin, un point important concerne les conditions dans lesquelles la cessation s'opère. Se pose notamment la question de la possibilité de trouver un successeur, et pas « n'importe lequel », de manière à pouvoir effectuer la transmission tant auprès des patients qu'auprès des confrères, et ce d'autant plus que le médecin exerce en groupement.

Or, plus « l'événement » oblige à accélérer la prise de décision, moins la possibilité de trouver un successeur est probable, ce qui rend plus difficile l'acceptation de la situation.

Le MG n° 14 illustre cette situation

L'état de santé fortement dégradé de son épouse conduit ce médecin à prendre la décision d'arrêter son activité à 66 ans pour accompagner son épouse dans la maladie.

« Je regrette, maintenant que mon épouse est décédée, et que le travail de deuil a commencé. C'est une décision venue de l'extérieur à laquelle je ne m'étais pas préparé. »

La difficulté pour lui a alors été de trouver rapidement un successeur qui correspondait à sa propre vision du métier. La recherche d'un remplaçant a été assez difficile, mais in extremis, il a réussi à trouver une jeune femme acceptant de reprendre le cabinet. Seulement, selon lui, les « choses ne sont pas bien passées » sur deux aspects importants qu'il a « du mal à dépasser et accepter », et qui lui font regretter d'autant plus son choix.

En premier lieu, ce médecin pratiquait des visites à domicile le matin, visites justifiées par le fait qu'une partie de sa patientèle était constituée de personnes âgées qu'il suivait depuis de nombreuses années. La jeune médecin qui a repris le cabinet n'a pas souhaité continuer les visites à domicile alors qu'elle s'y était engagée.

« Dès le deuxième jour, elle a dit à la secrétaire : 'je ne fais plus de visites', alors qu'elle m'avait promis de continuer. » « Beaucoup de patients que je croise encore dans la rue aujourd'hui disent me regretter. »

En second lieu, ce médecin avait constitué assez tôt (en 1985) une base informatique de suivi des dossiers des patients de manière à améliorer le diagnostic et la prescription. La constitution de cette base et sa mise à jour ont représenté un fort investissement en temps (principalement le dimanche après-midi). Cela représentait pour ce médecin une forme de fierté d'avoir été un des premiers à mettre en place ce type de suivi informatisé. Or, la jeune médecin n'a pas repris les dossiers informatisés, ce qui a créé une très forte déception, voire une frustration.

« J'ai le sentiment d'avoir travaillé pour rien. »

Les conséquences de la cessation ne seront pas identiques selon l'âge auquel elle survient.

Pour les médecins proches de l'âge de la retraite ou l'ayant dépassé (65 ans et plus), le fait d'arrêter signifie de facto prendre sa retraite. D'une certaine manière, les problèmes de santé personnels peuvent être perçus comme une forme de « rappel de la réalité », comme autant de signes que l'âge de cesser son activité est venu. Les problèmes de santé apparaissent alors comme des « révélateurs » obligeant le médecin à prendre la décision dans une temporalité plus ou moins maîtrisée. Pour certains, cela peut même être un soulagement, une façon d'accepter le cours normal de la vie.

Pour les médecins plus jeunes (entre 50 et 65 ans), la question du revenu de substitution se pose, d'autant plus que les problèmes de santé sont plus mineurs et se traduisent davantage par une « gêne » nécessitant de réduire la charge de travail. Le dispositif MICA permet de répondre alors à cette situation. Ceux qui n'ont pu en bénéficier peuvent trouver une alternative dans un emploi salarié améliorant les conditions d'exercice et permettant « d'attendre » l'âge de la retraite.

5.1.2 Un désenchantement vis-à-vis du métier exercé en mode libéral, voire un doute sur la pérennité du statut libéral

Plusieurs éléments relatifs au métier et aux conditions d'exercice en mode libéral se combinent ici pour produire un « désenchantement » réel.

- La **charge d'activité** tant objective (temps de travail) que subjective (le fait de ne pouvoir décrocher mentalement) ou psychique et affective (vivre avec les situations les plus graves de

ses patients) est de plus en plus perçue comme trop importante. Le fait d'exercer en milieu rural et seul renforce les contraintes, notamment en ce qui concerne les gardes (de nuit, de week-end), et accroît la difficulté à prendre les congés ou à réduire son temps de travail et à échanger avec des collègues (régulation).

Si avec l'âge, la contrainte ressentie peut augmenter, ce n'est pas la seule variable explicative. En effet, même des médecins plus jeunes peuvent développer le sentiment d'un déséquilibre grandissant entre vie professionnelle et vie privée et familiale.

Par ailleurs, la charge d'activité est d'autant plus ressentie comme excessive qu'elle est rapprochée du niveau de revenu. Il existe ici une double tension, d'une part entre la charge d'activité (ressentie) et les revenus dégagés, d'autre part entre la charge d'activité et la capacité à maîtriser les sollicitations des patients¹⁴.

Le sentiment d'un « décrochage » entre l'effort consenti, voire la part de « sacrifice assumée », et les revenus dégagés, est encore plus fortement ressenti lorsque les médecins comparent leur situation avec leurs confrères plus jeunes, les pairs dans d'autres modes d'exercice ou des catégories sociales « équivalentes » (cadres supérieurs). Se développe alors l'impression de devenir atypique, d'être les perdants sur tous les plans, que ce soit en termes de qualité de vie personnelle, de conditions d'exercice, de reconnaissance sociale, et ce encore plus en fin d'activité.

- La non reconnaissance ou la rupture d'un équilibre entre le don et le contre-don.

Les médecins qui vivent de manière douloureuse cette non reconnaissance sont porteurs d'identités professionnelles particulièrement fortes. Alors même qu'ils accordent une attention toute particulière à la qualité du service rendu, de la prestation accomplie, ce qui induit un engagement professionnel de leur part au-delà de ce qui est « rémunéré », un don, ils ne se sentent en retour ni reconnus ni « distingués » pour la qualité de leur engagement. Parfois, ils ne se sentent même pas respectés.

Cette non reconnaissance est le fait :

- *De la patientèle* : les médecins ont le sentiment d'un décalage croissant entre les exigences et les comportements de la patientèle et leur vision du métier. Par exigences et comportements de la patientèle, il faut entendre les demandes de consultation au domicile jugées abusives (horaire ou motif), les réflexions des patients sur le non respect de l'heure de rendez-vous, la pratique consistant à recourir à des spécialistes, qui peut être vécue comme une forme de remise en cause des compétences des généralistes, les rapports à la pratique (attentes en termes de techniques, de médicaments, d'examens complémentaires...), qui génèrent chez les médecins un sentiment de devoir de plus en plus se justifier quant au diagnostic et aux prescriptions... Les médecins se voient de plus en plus comme des « prestataires de services, au même titre que le plombier ». Le type de patientèle joue un rôle important, les médecins ayant « réussi à sélectionner » ou à « éduquer » (ce sont souvent les termes employés) leurs patients

¹⁴ Ce point est développé ci-dessous.

apparaissant moins concernés que ceux confrontés à une clientèle plus jeune ou plus récente.

Par contre, chez les médecins qui ne pratiquent pas ce type de « sélection » ou qui ne sont pas parvenus à « éduquer » leur clientèle (et plus particulièrement pour des médecins ayant une clientèle CMU assez conséquente), les discours sur les exigences et les comportements de ces patients sont particulièrement véhéments.

Des institutions, qui, tant au niveau politique que technico-administratif (l'assurance maladie) prennent des mesures pour maîtriser les dépenses de santé (contrôles, préconisations de bonnes pratiques, rôle du médecin dans la chaîne de l'offre de soins) qui sont interprétées comme autant de signes d'une menace de plus en plus marquée sur l'exercice libéral et sur le statut libéral lui-même.

L'interrogation peut même porter sur le maintien de la « médecine à l'acte » face à la perception de contradictions qui se font jour : certains ont le sentiment d'une fin programmée, inéluctable de la médecine générale libérale.

Ce sentiment révèle une confusion entre le principe du paiement à l'acte et le statut libéral. Le questionnement sur l'un met en effet à jour une interrogation quant à la remise en cause de l'autre. À travers cette crainte de la remise en cause du statut, c'est aussi la remise en cause de la médecine libérale dans sa forme actuelle que ces médecins anticipent. Ce sentiment de danger est exacerbé chez certains médecins du fait qu'ils s'inscrivent dans une logique binaire qui leur donne l'impression qu'il n'y a pas d'alternative. Ils ne perçoivent pas le fait que le paiement à l'acte n'est pas à lui seul constitutif de la médecine libérale, que d'autres modes de rétribution peuvent être envisagés, y compris en préservant un mode d'exercice libéral.

Au-delà de l'interprétation des mesures prises, les discours « tenus » sur les médecins libéraux, les abus de certains, largement relayés par les médias, sont autant de négations perçues comme « incompréhensibles », « injustes », « infondées » des pratiques du plus grand nombre, empreintes de sacrifices (particulièrement sur le plan personnel), de dévouement, de souci constant d'assurer une réelle qualité de prise en charge des patients.

Désormais, le médecin n'évoquerait plus l'homme de l'art respectable et respecté, figure à part entière de la communauté, distinguée au sein des professions supérieures, jouissant d'un statut et d'un pouvoir légitimes, et ce, ni auprès de ceux pour lesquels il agit et il s'engage, ni auprès des représentants de la sphère politique et administrative.

- **Une interrogation forte sur l'identité professionnelle** : désormais, le médecin généraliste libéral est moins « celui qui prescrit » que « celui qui est prescrit » :

Un ensemble de facteurs objectifs et subjectifs se combinent ici pour remettre en question l'identité professionnelle d'une bonne partie de ces médecins.

- ✓ Ils ont le sentiment d'une « perte du métier », le plus souvent traduit par une impression d'appauvrissement de la diversité des actes accomplis (notamment en termes d'actes techniques : petite chirurgie, actes gynécologiques, pédiatrie), d'une orientation toujours plus grande de la pratique vers la « bobologie » et la prise en charge des petits maux, ou d'une réduction progressive de la patientèle à certains types

de population (personnes âgées par exemple) et ce, alors même que dans un passé « idéalisé », ils pratiquaient une médecine plus diversifiée.

- ✓ La tension entre « la nécessité ou l'obligation de bien faire son métier » et une « course à l'acte » pour assurer un revenu convenable met bon nombre des médecins dans une sorte d'injonction paradoxale, dont on retrouve couramment les contours dans certaines organisations, au sein desquelles les opérateurs opposent les impératifs de production aux impératifs de qualité. Les conséquences sur leur rapport à la patientèle, sur leur pratique, sur les relations avec les pairs entrent là encore en conflit avec leur système de valeurs et leurs représentations de l'exercice libéral. L'intérêt perçu de leur pratique, et notamment sous certaines formes (l'exercice en milieu rural par exemple), s'amenuise également tant dans ses dimensions intellectuelles que relationnelles ou encore éthiques.
- ✓ Par ailleurs, les contrôles de l'assurance maladie, les recommandations de bonnes pratiques, voire la prescription d'un rôle institutionnellement défini, sont perçus comme autant de signes tangibles d'une restriction de leur liberté, et de leur liberté d'exercer leur art selon leurs croyances et valeurs.
- ✓ Enfin, du côté de leurs pairs, certains perçoivent des signes de dévalorisation du métier, un des symboles forts étant le manque d'engouement des plus jeunes à s'engager dans la médecine générale de ville.

Ainsi, c'est une bonne partie de leur identité professionnelle qui est remise en question, tant la reconnaissance des pairs, des patients et des institutions évoluent.

En filigrane, pour eux, c'est la question de leur place et de leur rôle dans l'organisation de l'offre de soins qui est posée.

Derrière tout cela apparaît alors le sentiment, in fine, d'une perte de statut dans la société, d'un déclassement social. Pourtant, dans le même temps, ils ont de plus en plus le sentiment d'exercer, en plus de leur fonction soignante à proprement parler, une fonction sociale de plus en plus importante, notamment dans certains territoires (en milieu rural, dans les quartiers populaires), auprès de patients en souffrance qu'ils écoutent et qu'ils soutiennent, ou encore plus largement auprès d'une part importante de la population en situation difficile ou précaire.

À chaque fois, c'est moins la réalité que le regard subjectif et les interprétations des médecins qui pèsent sur la décision.

Ce regard évolue avec le temps : il semble que ce qui apparaissait comme sans importance ou supportable le devient de moins en moins au fil des années, jusqu'à ne plus l'être du tout. Ici encore, l'âge intervient.

Tout d'abord, le « désenchantement » est souvent proportionnel à l'âge (ce qui est dû à un effet d'accumulation), comme dans bon nombre de métiers où le nombre de « déceptions professionnelles » est plus important à 55 ans qu'à 30 ans, âge où « tout est encore possible ». Ensuite, la manière de se poser la question sur la façon « de s'en sortir », de décider de tenir ou pas, de rechercher une autre perspective professionnelle ou encore des arrangements

diffère selon l'âge. Ainsi, pour les plus jeunes médecins, la perspective offerte par d'autres modes d'exercice peut constituer un moyen de trouver un intérêt renouvelé à l'exercice du métier, un challenge à relever, des conditions de vie plus confortables, un moyen de conserver ses ambitions...

Pour les médecins plus âgés, proches de l'âge de la retraite, le MICA a pu représenter une porte de sortie.

Pour ceux n'ayant pu en bénéficier, la possibilité d'occuper une activité de médecin salarié permet « de se sortir » de tout cela, de trouver des conditions d'exercice jugées plus acceptables, et d'une certaine manière, de « tenir le coup » jusqu'à l'âge de la retraite.

Pour les médecins ayant atteint l'âge de la retraite, ces perceptions participent du processus d'acceptation du fait que le moment de cesser est arrivé.

5.1.3 Le rapport dégradé à l'environnement institutionnel

Le rapport à l'environnement institutionnel apparaît également comme un élément de motivation de la cessation d'activité libérale. Les médecins perçoivent notamment :

- ✓ une évolution négative de la politique de santé et ont le sentiment que l'approche gestionnaire visant à maîtriser les dépenses prédomine, au détriment d'une réflexion sur la qualité des soins, sur la place des généralistes dans le système de santé, sur les problématiques de démographie médicale, en particulier en zones rurales ;
- ✓ un renforcement des politiques de contrôle des actes, jugées comme une remise en cause de la qualité de la pratique des médecins, voire une immixtion quasi illégitime dans leur pratique, qui constitue un élément fondamental de l'identité professionnelle (savoir-faire médical et éthique) ;
- ✓ une pression forte visant à les obliger à s'informatiser. Leur résistance à l'informatisation est moins motivée par la dimension technique (même si elle existe) que par les conséquences en termes de pratique. L'intrusion de l'informatique dans le cabinet est perçue comme une modification inacceptable du rapport aux malades lors de la consultation. (« *On passe plus de temps à regarder l'écran qu'à regarder le patient.* ») L'informatique modifie également le rôle du médecin dans la chaîne de production du système de santé (faire à la place du patient, de la Sécurité sociale...).

- Le sentiment d'un décalage entre le statut libéral et le mode de régulation des politiques de santé : entre rôle prescrit et rôle réellement tenu

Certains médecins ressentent une tension entre le mode d'exercice libéral et le mode de régulation des politiques de santé. De plus en plus pèsent sur le médecin généraliste libéral des attentes fortes de la part des institutions, qui donnent au généraliste un rôle de pivot du système d'offre de soins libérale et de régulateur des soins et prescriptions.

Le rôle dévolu au médecin traitant, dont on attend qu'il contribue au développement de bonnes pratiques, à la prescription de génériques, à la réduction du nombre de visites et de prescriptions d'arrêts de travail, place certains médecins entre perplexité, indignation et rejet.

Ces médecins ont en effet le sentiment d'être placés dans des rôles « intenable » par rapport aux caractéristiques de leur clientèle (âgée, précaire, en souffrance...), ou dans des rôles « non tenables » par rapport aux exigences de santé publique.

Ils font le même constat d'une absence de politique globale, d'un manque de cohérence entre les discours tenus, les mesures prises et les orientations souhaitables.

- Un glissement de la remise en cause du mode d'exercice libéral à la remise en cause du statut libéral

Pour certains, apparaît alors un décalage grandissant entre le statut libéral et le mode de régulation mis en place, se traduisant par les tensions entre ce qui est de plus en plus normé et imposé (mesures politiques et techniques) et ce que les médecins peuvent faire dans leur quotidien en libéral.

Pour certains médecins, cela peut apparaître comme une remise en cause de leur statut de libéral, qui renvoie à l'image d'une liberté adossée à une éthique. Un des éléments déclencheurs peut être la confrontation à un contrôle par les caisses d'assurance maladie. Le plus souvent, ces contrôles sont perçus comme illégitimes, même si tous reconnaissent chez leurs confrères des pratiques déviantes. Ces contrôles peuvent être vécus comme une volonté de porter un regard sur l'activité et les pratiques, une défiance et une suspicion difficilement supportées, une immixtion dans le champ de leurs responsabilités.

Les médecins regrettent cette mise à mal de leur autonomie et de leur indépendance et rejettent de manière véhémement « tout contrôle étatique », tandis que certains vont plus loin et voient là un glissement inéluctable vers une remise en cause des principes mêmes de la médecine libérale¹⁵. Ce glissement est d'autant plus redouté que certains principes sont d'ores et déjà ressentis comme « écornés » par les mesures énoncées ci-dessus.

Sans jamais être un élément déclencheur, c'est, de toute évidence, pour certains médecins, un élément de contexte s'ajoutant aux autres, qui pèse dans la décision de cesser l'activité libérale. Il s'agit souvent de médecins qui ont choisi le mode libéral justement pour cette forme de liberté.

Pour d'autres, c'est la question de la légitimité même du statut qui est posée et qui leur « pose problème ». Comment continuer à exercer en libéral dans un système de santé relevant principalement de l'assurance collective ? S'ils ont opté pour un exercice en mode libéral, c'est moins pour le statut que pour exercer la médecine de ville. Devant les constats d'un décalage grandissant entre l'exigence du statut en termes de conditions d'exercice et de modes de pratique et la nécessité de trouver des réponses aux problèmes de l'organisation de l'offre de soins et à son coût, certains peuvent être conduits à préférer un mode d'exercice salarié à l'hôpital public, statut leur apparaissant plus en phase avec l'idée qu'ils se font aujourd'hui du système de santé et de ses enjeux.

¹⁵ Les principes de la médecine libérale énoncés en 1927 : la liberté d'installation des médecins, la liberté du choix du médecin par le patient, la liberté de prescription, la libre entente, le paiement à l'acte.

5.1.4 Le mode libéral dans une logique du tout ou rien

Les conditions d'exercice de l'activité libérale peuvent peser également dans la décision. Plusieurs points peuvent être avancés ici.

- ***Le rapport entre le volume d'activité et le revenu***

En vieillissant, certains médecins ressentent le besoin de réduire leur volume d'actes. Or, cette possibilité est réduite par le statut libéral dans la mesure où la baisse d'activité a des conséquences importantes et immédiates sur le niveau de revenu, via les charges sociales (taux et décalage temporel).

Le système actuel est proche d'un système du « *tout ou rien* » dans la mesure où le « seuil » de « rentabilité » est assez élevé, d'autant plus que les médecins ont encore des emprunts liés aux investissements réalisés dans le cadre professionnel ou personnel en cours.

De ce fait, ils se trouvent contraints de réaliser un minimum d'actes pour s'assurer le revenu souhaité, phénomène que certains qualifient de « course à l'acte », expression employée dans un sens particulièrement négatif, dégradant, posant une question d'éthique.

Le sujet du paiement à l'acte reste relativement tabou dans la mesure où, comme nous l'avons exprimé précédemment, le paiement à l'acte n'est pas forcément dissocié du statut libéral et où d'autres alternatives ne sont pas envisagées, y compris dans un mode d'exercice libéral.

Cette logique de la dépendance du revenu médical du volume d'activité et du montant des honoraires est de plus en plus mise en porte-à-faux, au fil des ans, avec l'objectif affiché de maîtrise des dépenses de santé.

La relation entre l'activité et le revenu devient cruciale lorsque les médecins avancent en âge, car elle varie peu au fil de la carrière libérale. Dans nombre de professions, l'avancée en âge permet une capitalisation de l'expérience qui se traduit par une amélioration du rapport entre la charge d'activité réelle et le revenu dégagé. Plusieurs modes co-existent : une augmentation du salaire par des primes d'ancienneté ou une évolution de carrière ; une augmentation du prix de vente des services par exemple pour les professions comme les consultants, traduisant l'expérience et la réputation ; l'embauche de salariés permettant de dégager une marge, en passant d'une fonction d'intervention à une fonction d'encadrement.

Pour les médecins généralistes libéraux, ces trois modèles traditionnels ne peuvent exister. Ainsi, l'effet âge (expérience) ne trouve pas de traduction concrète dans le rapport entre la charge d'activité, liée au nombre d'actes, et le revenu dégagé. Ce rapport se pose dans les mêmes termes tout au long de la carrière du médecin. Certains médecins, confrontés à cette situation, ont tenté d'y trouver des réponses, qui ne sont pas sans leur poser problème, comme le fait de réduire les visites à domicile ou le fait de passer en secteur II, lorsque c'était possible.

La réduction du volume d'activité en fin de carrière a également des conséquences sur la valeur du cabinet en cas de cession. Réduire son activité, c'est déprécier le capital que l'on a constitué durement.

Il pourrait être possible de prendre en compte l'ancienneté du cabinet dans le calcul de son prix de cession, ce qui pourrait constituer une réponse dans la mesure où cela permettrait d'amoinrir l'effet dépréciateur de la baisse de l'activité en fin de carrière.

Mais en même temps, l'augmentation du prix du cabinet n'est pas sans conséquences sur les perspectives offertes au successeur. En effet, se pose alors pour lui la nécessité de reconstituer un volume de patientèle suffisant, ce qui ne peut être garanti.

C'est bien le mode d'exercice libéral qui pose ici problème, dans la mesure où le médecin est confronté seul à la prise de risque économique, alors que celle-ci sera fonction de la densité de l'offre et du type de clientèle sur un espace géographique donné (bassin de vie, zone de chalandise formant le bassin de clientèle).

- ***La gestion de la demande face aux caractéristiques de l'offre territoriale***

La difficulté de réduire son activité est parfois aussi la conséquence de l'insuffisance de l'offre de soins, en particulier dans certaines zones géographiques et si l'on exerce en mode isolé.

Réduire son activité pose la question des possibilités de substitution existantes pour la patientèle et suppose souvent un report de la charge d'activité sur des confrères.

C'est donc tout autant une affaire individuelle que collective. Pour certains médecins, ces deux conséquences font partie du processus de décision, et peuvent constituer un frein à la réduction de l'activité, qu'elle prenne la forme de jours de congés supplémentaires ou de semaines de travail plus courtes.

- ***La difficulté de cumul de la retraite et de remplacements occasionnels***

Certains médecins souhaitent réduire leur activité en fin de carrière, après l'âge de la retraite, sans pour autant la cesser totalement. Ils sont d'autant plus enclins à le faire qu'ils pensent pouvoir être utiles à leurs confrères, d'autant qu'ils ont été confrontés à la difficulté de trouver des remplaçants pour les vacances par exemple ou pour réduire leur nombre de jours de présence dans la semaine.

Cependant, les possibilités concrètes d'effectuer des remplacements une fois en retraite semblent réduites. Ils peuvent également cumuler la retraite avec une activité libérale¹⁶, mais cette possibilité est limitée en raison du mode de calcul des charges sociales et fiscales (notamment la taxe professionnelle) en début d'activité. Le niveau de charges apparaît disproportionné et particulièrement dissuasif. Un nouveau décret tente de

¹⁶ La Loi Fillon du 21 août 2003 a autorisé le cumul retraite et l'activité libérale dans des conditions bien précises, le revenu net tiré de cette activité devant rester inférieur au plafond de la Sécurité sociale.

remédier à ce problème¹⁷, sans que l'on puisse encore savoir s'il constitue une réponse efficace, notamment dans la mesure où il n'est pas tenu compte du flou existant quant à l'assujettissement à la taxe professionnelle.

- ***La volonté de quitter le mode libéral pour le mode salarié jugé plus confortable***

Le statut de libéral induit toujours une prise de risque : il faut assurer un certain niveau d'activité pour bénéficier d'un niveau de revenu jugé normal. Or, ce revenu peut être rapidement remis en cause en cas de défaillance de santé par exemple, même passagère. Le statut oblige également à adopter une certaine « rigueur de gestion » faisant la part entre les recettes et le revenu disponible, nécessitant des arbitrages en termes de prévoyance et de retraite complémentaire, en matière de gestion prévisionnelle de la trésorerie.

L'exercice en mode libéral génère de plus une charge d'activité liée au suivi de la gestion et à la comptabilité.

Ces éléments pèsent souvent dans le choix des médecins, notamment parmi ceux qui décident de passer en mode salarié.

¹⁷ Un décret élaboré récemment par le ministère de la Santé tente de répondre à l'effet « charges sociales ». Ainsi, à l'avenir, un retraité souhaitant poursuivre une activité de soins en libéral pourra évaluer le niveau de cette activité et le montant approximatif de ses revenus futurs. Ses cotisations à l'Urssaf seront fixées sur cette base, les cotisations CARMF étant, elles aussi, diminuées sensiblement. Rappelons qu'il est déjà possible de cumuler la retraite CARMF avec les revenus salariés sans limite, ainsi qu'avec des revenus libéraux, s'ils sont acquis dans le cadre de la permanence des soins.

Le MG n° 2 illustre cette situation

Clairement, dans les éléments ayant conduit au choix de cesser l'activité libérale pour préférer un emploi salarié, la question de l'exercice en mode libéral est avancée comme un des facteurs principaux.

Cette femme, médecin libéral, n'assurait que des remplacements. Elle a obtenu un poste de médecin salarié à l'hôpital. C'est ce qu'elle projetait depuis le début de sa carrière, qu'elle a commencée à l'hôpital avant d'avoir ses enfants.

Ce médecin a saisi l'opportunité d'un poste qui s'est libéré (remplacement pendant un congé maternité de 8 mois qui s'est prolongé) à côté de chez elle. Elle vivait assez difficilement le statut de libéral, d'autant plus qu'après son divorce, elle vivait seule avec ses 3 enfants.

Plusieurs aspects négatifs du mode libéral sont avancés comme motifs de cessation, comme la difficulté à gérer son temps et à faire face aux tâches de gestion et aux tâches administratives, le risque financier et la difficulté à gérer la trésorerie (charges sociales), la peur de la contrainte de temps au moment de l'installation. Ainsi, ce médecin a préféré n'assurer que des remplacements dans un premier temps, trouvant ainsi une sorte de compromis.

A contrario, le statut de salarié apporte des revenus réguliers, les congés, la gestion de son temps, une maîtrise dans la gestion de la relation avec les soignants...

Quand ce médecin a quitté le statut de libéral, des dettes sociales restaient dues, leur épuration ayant pris plusieurs années.

Même si les enfants sont grands, ce médecin ne souhaite pas reprendre une activité libérale, dans la mesure où elle n'a absolument pas envie d'augmenter la charge de travail et de « retomber » dans les soucis de gestion.

De plus, ce médecin a encore quelques emprunts financiers en cours et souhaite préserver la stabilité de son revenu pour ne plus avoir à s'en préoccuper.

Si la crainte de perdre le contact avec les patients pouvait constituer un frein, ce médecin pense l'avoir conservé quelque peu même si ce contact est d'une moindre intensité.

Certains médecins se sont déchargés des tâches administratives et/ou de gestion en les confiant à leur épouse. Si celle-ci souhaite cesser de prendre en charge ces tâches ou si elle y est contrainte, notamment en raison de problèmes de santé, le médecin se retrouve alors devant un surcroît d'activité pouvant devenir rapidement déstabilisant. Cette situation peut alors conduire le médecin, en fonction de son âge, à opter pour un exercice en mode salarié ou à accélérer la décision de cesser son activité pour prendre sa retraite.

5.2 Les mécanismes de la décision : entre regard sur le vécu, regard sur l'avenir, trajectoire de vie, opportunité et âge

L'analyse des entretiens montre clairement la nécessité, au-delà des motifs invoqués, de les restituer dans « l'épaisseur de vie » de chacun pour expliquer le caractère non mécanique de l'articulation entre *contexte, objectif et décision*.

En effet, l'exercice consistant à identifier et à expliciter les principaux motifs génériques pouvant conduire à la décision de cessation ne suffit pas à rendre compte de la complexité du processus de prise de décision, processus qu'il est nécessaire d'étudier à un niveau individuel, pour tenir compte de la singularité de chaque médecin.

Le temps revêt une importance toute particulière dans la compréhension de la manière dont, à un moment donné, le médecin passe du regard porté sur sa situation à la concrétisation de la décision ou au contraire, ne parvient pas à prendre une décision, la subit, au risque de s'y perdre.

En effet, dans la mesure où l'interrogation porte à la fois sur l'âge de cessation et les motivations, il convient de bien distinguer la motivation ayant conduit à la cessation et le passage à l'acte, qui lui peut être plus ou moins long, accéléré ou décalé.

De même, les parcours de chacun, « les trajectoires de vie » apparaissent jouer un rôle dans la mesure où c'est bien la subjectivité qui est engagée, le « regard porté sur » qui compte, plutôt que la réalité objective des situations vécues.

D'une certaine manière, entre en ligne de compte une « équation du changement », un rapport entre « ce que j'ai, ce que j'ai à perdre, ce que je vais gagner ». Cette « équation » s'élabore à partir des représentations et des interprétations, à la fois de la trajectoire passée et de l'avenir. Le tout est alimenté par le regard réflexif sur soi, son métier, son environnement proche et l'environnement plus global. Il existe alors une interaction entre le passé, le présent et l'avenir, entre les représentations et les interprétations. Sur les représentations, le discours tenu par l'extérieur est central dans ce qu'il fait sens, donne à voir. De même, il s'agit plus d'une recomposition « classique » du discours sur le passé (« ah comme c'était bien... »), un passé idéalisé où l'on était aussi beaucoup plus jeune.

Quatre axes d'analyse sont proposés ici pour permettre d'explicitier l'articulation entre les motivations avancées et le processus de décision :

- la tension entre le regard porté sur le vécu et la vision projetée sur l'avenir, et la place jouée par les « trajectoires de vie »,
- les stratégies pouvant être déployées permettant de peser sur les situations et les choix,
- l'importance des opportunités rencontrées ou non comme facteur de concrétisation de la décision,
- la variable de l'âge comme facteur discriminant, non du choix, mais de ce qui s'y joue.

5.2.1 La tension entre le regard porté sur le vécu et la vision projetée sur l'avenir : un cheminement alimenté par la trajectoire de vie de chacun

Sauf contraintes fortes imposant de cesser son activité (mais dans ce cas, il s'agit moins d'un choix que d'une obligation), la décision de cesser l'activité libérale (la décision d'arrêter et le choix de la date) peut être représentée comme la résultante d'une tension entre deux pôles : le ***regard porté sur le vécu*** et la ***vision projetée sur l'avenir***, la tension entre ce que l'on laisse (estime laisser) et ce que l'on va retrouver (espérer trouver).

Le « *regard porté sur le vécu* » est alimenté notamment par des éléments liés à l'environnement personnel (problème de santé personnel ou du conjoint, situation familiale, conjoint(e) en retraite) et/ou à l'environnement professionnel (conditions de travail, environnement institutionnel). C'est à ce niveau que se situent les motivations avancées par les médecins généralistes rencontrés et restituées ci-dessus.

De même, la *vision projetée sur l'avenir* constitue pour partie la résultante, le prolongement de la trajectoire de la personne, au plan personnel et au plan professionnel. Ce n'est pas qu'une inconnue et qu'un grand saut. Par exemple des médecins ont pu avoir une expérience d'exercice hospitalier qu'ils souhaitent renouveler, ou ont pu exercer d'autres formes d'activité (associative, humanitaire, formation continue, activité d' élu local...) pouvant être reprises une fois qu'ils ont mis fin à leur activité libérale...

Le « *regard porté sur le vécu* » comme la « *vision projetée sur l'avenir* » ne sont pas figés, statiques, mais constituent une matière en évolution qui peut, petit à petit, se solidifier sur des points de vue ou au contraire les remettre en cause, les déplacer, les reconfigurer. La dimension temps intervient ici. Cette évolution peut être alimentée par plusieurs mécanismes :

- des évènements particuliers renforçant les points de vue, comme un contrôle de l'assurance maladie, un souci de santé, le constat de la difficulté à prendre des congés, etc. ;
- le phénomène d'accumulation, notamment en ce qui concerne la difficulté plus forte à accepter les conditions d'exercice et les aspirations de plus en plus prégnantes à passer à autre chose ;
- des échanges avec des tiers (notamment la famille ou les confrères) ou la réalisation d'autres expériences, qui sont autant de signaux qui modifient la manière de percevoir les choses. C'est notamment le cas de l'expérience de confrères qui, par exemple, quittent le mode libéral pour le mode salarié, montrant ainsi que cela est possible et bénéfique. De même, les difficultés des confrères à trouver un remplaçant pour les vacances ou un successeur apparaissent comme autant de signaux d'alerte.

Ainsi, c'est l'articulation entre la perception de la réalité et ce cheminement qui apparaît être le moteur de la décision de cesser son activité libérale. L'évolution de cette « tension », dont l'aboutissement est le passage à l'acte, constitue donc un cheminement plus ou moins long, un travail de maturation, de renoncement à ce que l'on pense laisser (un deuil plus ou moins grand à faire ou au contraire un soulagement, une libération) pour ce dont on pense bénéficier (une projection plus ou moins enthousiasmante ou au contraire angoissante, subie ou voulue).

Un cheminement ancré dans l'histoire de chacun

Ce cheminement s'ancre dans une histoire, dans une « épaisseur », constituées par le parcours des médecins, et qui renvoient tant à une dimension personnelle (situation familiale, investissement dans la vie sociale et personnelle, origine géographique et sociale...) que professionnelle (regard porté sur le métier et son évolution, type de pratique défendu, exercé et valeurs attachées à cette pratique, motivations à l'origine des choix professionnels...).

Les parcours de vie (trajectoires) sont des éléments participant au processus du choix (le cheminement) dans la mesure où celui-ci s'inscrit toujours dans l'histoire de chacun.

Plusieurs exemples l'illustrent :

- le fait de n'avoir pas fait le choix de s'installer mais d'effectuer uniquement des remplacements peut faciliter le passage au statut de salarié, notamment si cela rejoint d'autres prédispositions (aspirations, regard porté sur le métier, sur le statut de libéral, situation personnelle) ;
- le fait d'avoir exercé des activités avant (participation à la formation continue, activités bénévoles et humanitaires, charges d'élus...) permet au médecin de les reprendre après ;
- le fait d'avoir eu comme motivation la recherche d'une forme d'investissement intellectuel ou la volonté de travailler en équipe peut trouver un prolongement dans une nouvelle activité salariée à l'hôpital.

5.2.2 « Adopter une stratégie » versus « se laisser porter par les événements » ou comment peser sur le cours du temps

Certains médecins peuvent développer une véritable stratégie pour « gérer » la transition entre leur situation actuelle et future. Cette stratégie peut être plus ou moins consciente, volontaire et affichée, efficace.

Plusieurs types de stratégies ont pu être repérés, qui ne visent pas les mêmes objectifs :

- *La stratégie de préservation*

Certains médecins tentent de faire évoluer leurs conditions d'exercice de manière à les rendre plus confortables.

Deux cas sont à distinguer ici.

- Ceux choisissant de trouver des solutions sans abandonner le mode libéral. Cela peut se traduire par le fait de passer en secteur 2, (lorsque cela a été possible) de se spécialiser dans des formes de médecine plus confortables – par exemple l'acupuncture –, de décider d'abandonner les visites à domicile ou de travailler sur rendez-vous, d'essayer de trouver un remplaçant pour augmenter les périodes de repos...

Une remarque ici : la question du remplacement est posée en termes d'allègement de l'activité. Elle est centrée sur le médecin et destinée à lui permettre de réduire son activité, d'augmenter ses périodes de congés ou de réduire le nombre de jours de travail dans la semaine. Or, il est difficile de trouver un remplaçant et encore plus un remplaçant qui corresponde à ses attentes en termes de prise en charge et de relation avec la patientèle.

Cette stratégie vise explicitement à composer avec la réalité, de manière à éviter d'être dans la situation de devoir choisir entre continuer à subir des conditions de travail devenant de plus en plus difficiles à supporter ou cesser d'exercer en libéral. D'une certaine manière, il s'agit d'améliorer le rapport entre le nombre d'actes et le revenu dégagé. Ce qui est visé ici, c'est moins un revenu plus élevé qu'un confort d'exercice permettant de « tenir » jusqu'à la date du départ à la retraite.

- Ceux choisissant d'opter pour une activité salariée en fin de carrière de manière à trouver un confort de vie plus acceptable. Ils se tournent alors plus naturellement vers la médecine du travail ou la médecine scolaire. Là aussi, la motivation est moins la volonté de s'investir dans une nouvelle carrière que la recherche d'un moyen « d'aller jusqu'au bout ».

- *La stratégie de l'arrangement entre les aspirations de pratiques professionnelles et l'exercice libéral*

Certains médecins affirment clairement leur volonté de travailler en équipe, de multiplier les échanges, pour ne pas pratiquer de façon isolée, tout en étant véritablement conscients de leur rôle dans l'offre territoriale de soins, en particulier en zone rurale. Ce sont souvent des médecins « militants », auxquels le statut de libéral n'est pas forcément adapté, mais qui s'y adaptent. Ils tentent alors de trouver des compromis en développant des formes de pratique en phase avec leur manière de voir le métier. Plusieurs stratégies peuvent être mises en place : l'exercice en groupement, le suivi de formations, la participation à des activités syndicales, la multiplication de contacts avec le secteur hospitalier (« avoir toujours un pied à l'hôpital »).

Ces arrangements permettent de créer, en conservant le statut libéral, des conditions de travail acceptables au regard de la vision du métier, des motivations à l'origine du choix professionnel. Il s'agit d'une certaine manière d'une stratégie très anticipatrice.

Cependant, ces arrangements ne tiennent pas toujours avec le temps, et se trouvent même parfois remis en cause par des événements extérieurs, comme la cessation d'activité du collègue en groupement... C'est parfois leur remise en cause qui constitue l'élément déclencheur du processus de maturation conduisant à la décision de cessation.

- *La stratégie visant à préparer au mieux les conditions de cessation*

Certains médecins développent des stratégies visant à préparer les conditions de la cessation. Dans ce cas, la décision de cesser est plus ou moins prise mais elle apparaît inéluctable, ne serait-ce qu'en raison de l'âge avançant. Il s'agit alors de préparer au mieux les conditions de l'arrêt d'activité. Trois types de pratiques ont pu être relevés lors des entretiens :

- la recherche du successeur : certains médecins accueillent des stagiaires pour essayer de trouver un remplaçant au profil souhaité et ainsi préparer les conditions de leur arrêt ;
- tester les opportunités du mode salarié : prendre des contacts avec des employeurs potentiels, ou se renseigner auprès de confrères pour jauger de leur employabilité et des conditions et effets d'une nouvelle orientation professionnelle... ;
- préparer sa retraite en s'investissant dans d'anciennes ou de nouvelles activités (médecine scolaire, formation...).

À chaque fois, cela permet de réduire le sentiment de subir la situation et le caractère angoissant du passage à autre chose, et participe ainsi du cheminement conduisant au passage à l'acte.

- *La stratégie du « plusieurs fers sur le feu »*

Sans qu'il s'agisse là d'une stratégie pleinement consciente, le pluri-exercice tout au long de la carrière professionnelle vise, chez certains médecins, à se ménager des « portes de sortie » potentielles, « activables » en cas de besoin. Certains d'entre eux les éprouvent en cours de carrière en faisant des allers-retours entre exercice libéral et salariat, pour des motifs familiaux essentiellement, ou encore en ayant un pluri-exercice permanent (libéral, hospitalier, humanitaire...).

Dans d'autres cas, les médecins laissent les choses venir sans réellement s'y préparer ni anticiper. Ils ont tendance alors à laisser les événements se produire, sans engager de démarche particulière permettant de peser réellement sur le cours des choses.

Ainsi, l'âge de la retraite venu, ils commencent seulement à rechercher activement un remplaçant en mobilisant les réseaux habituels, constatant après coup la difficulté à en trouver.

Dans d'autres cas, les médecins, conscients de leur difficulté de plus en plus forte à faire face à la charge de travail, ne parviennent pas à trouver des solutions pour tenter d'y répondre. Souvent, le choix s'impose plutôt à eux : face à de réelles difficultés à tenir, ils se trouvent contraints de cesser.

Dans ces cas, les médecins éprouvent le sentiment d'avoir mal fait les choses, regrettent. Une amertume particulière, voire une souffrance, continuent de les habiter après la cessation, qu'ils soient en retraite ou encore en activité.

5.2.3 Les opportunités à saisir : un facteur déclenchant la décision

Des « opportunités » peuvent peser dans les choix opérés, les provoquer, en accélérer leur concrétisation lorsque, alors qu'une « vague » réflexion s'engage, une opportunité vient la rendre concrète.

Trois types d'opportunités ont pu être repérés lors des entretiens :

- le fait de trouver un repreneur
- le fait de trouver rapidement un travail salarié

- le dispositif MICA

- *Trouver un successeur : la quête du Graal ?*

La question de la succession est majeure dans la thématique de la cessation d'activité. En effet, elle joue non seulement sur la décision de cessation en tant que telle, mais elle est aussi une des composantes importantes du cheminement et de la stratégie des professionnels.

Elle constitue un élément objectif de leur décision, et dans le même temps, elle cristallise leurs représentations du passé et leurs visions du futur successeur. Pour eux, celui doit être porteur des mêmes valeurs et adopter les mêmes pratiques professionnelles.

Cependant, la question du successeur intervient moins directement sur le choix de cesser ou non que sur la date de l'arrêt d'activité, la retardant ou l'accéléralant.

Dans la recherche d'un successeur, les médecins se heurtent aux difficultés désormais bien connues de la démographie médicale. Telle que présentée par les professionnels, la question de la succession ne se réduit pas au montant de la cession de la patientèle, beaucoup l'ayant cédée gracieusement ou à prix réduit. Il s'agit bien plus de trouver la personne idoine, partageant une même approche du métier, mettant en œuvre une rationalité que l'on comprend, à qui l'on peut confier sa patientèle sans avoir le sentiment de la « brader à n'importe qui ».

Il s'agit d'un moment clé, d'une rencontre et d'un choix mutuel : choix du successeur par le médecin cédant, les valeurs professionnelles ayant une place prééminente dans ce choix ; choix du successeur de s'installer, en se « glissant » pour partie dans le prolongement d'une pratique existante.

Cette « rencontre » peut être à la fois facilitée ou freinée dans le cas d'un exercice professionnel en groupe, l'affect étant plus dilué dans le groupe que dans la relation interpersonnelle, mais le choix devant être validé par les autres médecins.

Les difficultés évoquées pour la succession (comme pour le remplacement) se posent avec une acuité particulière dès lors que les professionnels exercent seuls et en milieu rural.

Enfin, devoir cesser son activité sans avoir trouvé de successeur est toujours mal vécu, avec un sentiment fort d'abandon des patients, de faillite en termes de responsabilités. Certains se sentent même trahis par un système dans lequel ils sont contraints de s'effacer, faisant fi de leurs efforts, alors qu'ils ont largement rempli leur mission, et ce, souvent au détriment de leur vie personnelle et familiale. Ils vivent alors cela comme un manque intolérable de reconnaissance du travail accompli et des sacrifices consentis.

- *Trouver un emploi salarié : une abondance de l'offre qui surprend les médecins libéraux et accélère la décision, voire la concrétise*

Le basculement du mode libéral au mode salarié (sauf une exception, le MG N° 2) apparaît souvent comme le résultat de la rencontre entre d'un côté, un questionnement quant aux conditions d'exercice devenant de plus en plus pesantes, l'envie de plus en plus prégnante de

« passer à autre chose », et d'un autre côté, la surprise de constater qu'il existe une véritable demande sur le marché du travail, offrant une vraie alternative et de réelles perspectives.

Dans tous les cas, les médecins ont regardé ce que proposait le marché du travail ou ont même répondu à des offres sans vraiment y croire, juste pour voir « au cas où ». C'est une fois cette étape franchie qu'ils se rendent alors compte des véritables opportunités qui s'offrent à eux et que la cessation de l'activité libérale, qui restait une simple hypothèse à peine formulée, peut devenir une réalité.

Ils sont même souvent un peu « bousculés », dans la mesure où les employeurs potentiels leur demandent de répondre rapidement, quitte à leur laisser quelques mois avant de prendre le poste, le temps d'organiser leur départ.

C'est alors que se pose la question du choix, et c'est souvent dans cette phase que les motivations vont devenir explicites. Elles vont d'ailleurs souvent être formalisées sur un mode comparatif entre le statut de libéral et celui de salarié.

Comme cela a été relevé plus haut, il existe un « terreau » favorable à cette démarche de recherche d'emploi, des « bonnes raisons », mais ce sont autant ces éléments qui conduisent au choix que le fait de concrètement trouver un emploi en phase avec ses attentes.

Ainsi, si les médecins rencontrés avaient plus de difficultés à trouver un emploi, ou si l'emploi trouvé leur semblait induire des contraintes fortes, s'il leur semblait en deçà de leurs attentes, la décision d'arrêter ne serait pas prise et le regard porté sur leur réalité ne serait jamais suffisamment insistant pour qu'ils décident de s'arrêter. Cela vaut aussi bien pour les jeunes médecins se projetant dans une seconde carrière que pour les médecins proches de l'âge de la retraite optant pour le mode salarié principalement pour le confort qu'il apporte.

- *Le dispositif du MICA : une opportunité qui ne durera pas*

Le MICA a également constitué une véritable opportunité à saisir. En effet, là aussi, s'il existe un « terreau favorable », c'est la possibilité de cesser son activité tout en ayant un revenu de substitution qui déclenche la décision des médecins rencontrés de cesser.

Certains médecins ont même précipité leur décision pensant que le dispositif n'allait pas perdurer longtemps, dans la mesure où il leur apparaissait clairement négatif et « aberrant ».

Le besoin (ou la nécessité) de changer de mode d'exercice afin de se garantir une fin d'activité moins contraignante se fait progressivement ressentir. En effet, l'activité libérale offre peu de marges de manœuvre en termes de réduction du volume d'activité, notamment si l'on exerce seul et en zone rurale.

La possibilité de passer au salariat apparaît alors comme une alternative raisonnable, même si l'activité nouvelle n'offre pas la même intensité dans les relations humaines, la même représentation sociale, le même sentiment d'utilité sociale.

5.2.4 L'âge comme facteur discriminant pour comprendre la cessation

Comme cela a été exposé précédemment, notamment dans la typologie proposée dans la partie précédente (partie IV), la variable âge intervient dans le choix, mais moins comme facteur discriminant sur les motivations de cessation que comme clé de lecture pour comprendre ce qui s'y joue.

Bien sûr, plus l'âge avance, plus le poids des contraintes liées à l'activité peut se faire sentir, en particulier si des soucis de santé apparaissent. De même, l'accumulation des années fait que les éléments relevés précédemment qui ont été regroupés sous le terme de « désenchantement » (regard sur l'activité, regard sur la patientèle, regard sur l'environnement institutionnel) peuvent devenir de plus en plus pesants.

Mais au-delà de ces deux aspects, qui sont communs à bon nombre de professions, un troisième doit être mentionné. En fonction de l'âge, la question ne se pose pas dans les mêmes termes : ce qui est en jeu diffère. Trois cas peuvent être distingués :

- *Les médecins jeunes confrontés à la nécessité de se projeter dans une nouvelle carrière*

Pour ces jeunes médecins, l'enjeu de la cessation n'est pas uniquement de mettre fin à une situation, mais également de trouver une autre forme d'exercice perçue comme plus en phase avec ce qui est recherché. Souvent, c'est moins la volonté de quitter la situation actuelle que l'aspiration à de nouvelles perspectives qui conduit à la décision de cesser l'activité libérale. On « quitte un moins pour un plus », et dans cette formule, c'est ce « pour » qui compte.

Or, à cet âge, on ne peut en fait que quitter le statut libéral pour opter pour le mode salarié. La contrepartie, c'est le renoncement à la médecine de ville et ses « attributs », notamment au rapport particulier à la patientèle, à une certaine « place dans la société ». C'est cela que tous les médecins rencontrés disent regretter.

- *Les médecins proches de 65 ans recherchant à travers la cessation de leur activité libérale des arrangements permettant d'attendre l'âge de la retraite*

Lorsque les médecins sont proches de l'âge de la retraite, l'enjeu change : il s'agit moins d'investir dans une nouvelle carrière que de trouver un compromis permettant d'attendre l'âge de la retraite dans des conditions d'exercice jugées plus favorables. Parfois, les renoncements en termes de salaire, de pratique, de statut sont patents, ou vécus comme tels. C'est notamment le cas des médecins généralistes libéraux qui choisissent une activité salariée en médecine du travail ou en médecine scolaire, où l'écart est important tant en termes de revenu et de statut que de pratique des soins et de relations avec les patients. Mais le renoncement est acceptable dans la mesure où il est transitoire et offre en contrepartie une amélioration des conditions d'exercice (maîtrise du temps de travail, congés, travail en équipe, absence de tâches de gestion, régularité des revenus, couverture sociale...).

- *Les médecins ayant atteint l'âge de la retraite, pour lesquels la cessation de l'activité libérale se traduit par la cessation d'activité*

Pour les médecins atteignant ou ayant atteint l'âge de la retraite, l'enjeu change encore. Cette fois, la cessation de l'activité libérale signifie souvent l'arrêt de l'activité, ce qui ne veut pas dire que le médecin renonce à la prolonger, mais qu'il le fait éventuellement de façon largement réduite, plus souple, voire « occupationnelle », la question du revenu étant réglée. Cette fois, le médecin qui cesse son activité se situe clairement dans la perspective de la retraite, c'est-à-dire d'un passage vers autre chose.

Comme pour tout un chacun, la retraite constitue pour les médecins une étape importante de leur vie : c'est un passage vers un inconnu plus ou moins attendu et/ou redouté. Cette appréhension n'a pas la même intensité selon la manière dont la retraite est envisagée, perçue (toutes les nuances de la gamme nécessité/choix délibéré), selon sa préparation, selon la place prise par des activités extraprofessionnelles dans lesquelles le médecin s'est investi plus ou moins fortement pendant l'activité, selon la situation familiale et en particulier la situation du conjoint et des enfants. Elle dépend aussi de l'image de soi et de ses capacités à exercer un métier à fortes exigences tant intellectuelles que matérielles.

À la différence d'autres professions, le médecin libéral a le choix de l'âge de cessation d'activité, choix tout à la fois porteur de liberté et de risques, pouvant parfois devenir un poids affectif et psychique.

Par ailleurs, le métier de médecin libéral est certes générateur de charges et de contraintes fortes, mais aussi porteur de reconnaissance et de gratifications notamment via l'intensité de la relation humaine, le sentiment d'utilité sociale, la position sociale, la position de sachant... autant d'éléments « nourriciers » qui risquent de disparaître une fois l'activité cessée.

Certains médecins, et plus encore ceux bénéficiant du MICA, encore jeunes au moment de la cessation, ont su s'investir largement dans des activités personnelles délaissées jusque-là, dans des activités en lien avec leur métier (enseignement...), ou dans des activités bénévoles permettant d'une certaine manière de prolonger une vie d'engagement.

La question reste de savoir si le médecin vit ce changement comme un horizon ou comme une dégradation, s'il s'y est préparé ou s'il y est contraint.

Dans d'autres cas, le passage à la retraite signifie un abandon trop important, auquel il est impossible de consentir. Les médecins prolongent alors « jusqu'au bout » leur activité libérale, et ne s'arrêtent que quasiment contraints physiquement ou face à des difficultés d'exercice de tous ordres. C'est clairement le cas du médecin généraliste n°7 dans notre échantillon. Cette fois, il s'agit moins d'un choix de passer à un autre horizon que d'un renoncement forcé.

Ainsi, la lecture des motivations énoncées par les médecins généralistes rencontrés ne saurait être faite in abstracto, en dehors des personnes qu'elles animent : pas de déterminisme ici.

En effet, ce sont tout autant les motivations que le contexte dans lequel elles sont apparues qui permet de comprendre les choix réalisés.

De ce fait, il apparaît nécessaire de mettre à jour les mécanismes en œuvre.

La grille d'analyse proposée ci-dessus met en avant l'articulation entre plusieurs facteurs qui interviennent tous, d'une manière ou d'une autre, dans l'élaboration de la décision de cessation et sa concrétisation, que ce soient les « cheminements » nourris des « trajectoires de chacun », de la capacité à développer des stratégies plus ou moins conscientes, des opportunités rencontrées ou non et de l'âge des protagonistes.

Dans un processus à chaque fois singulier, il s'est agi d'identifier des éléments clés qui alimentent les parcours et permettent de dessiner des processus de décision « idéal-typique ». Parmi ces éléments clés, interviennent de notre point de vue :

- la mobilité professionnelle,*
- l'aptitude à s'investir dans d'autres champs d'activités,*
- la multiactivité et la découverte d'autres formes d'exercice, d'autres formes d'investissements professionnels possibles,*
- la capacité à se protéger en préservant un juste équilibre entre ses valeurs professionnelles et sa vision d'une « bonne pratique médicale » et les conditions d'exercice tant en termes de charge de travail que de relations avec la patientèle,*
- la connaissance d'autres « mondes » et la rencontre et la compréhension d'autres rationalités tout aussi légitimes (notamment celle de la Sécurité Sociale),*
- la participation à des instances professionnelles,*
- la capacité réflexive sur l'environnement, institutionnel notamment, et sur l'exercice professionnel, et la capacité à faire évoluer l'idéal professionnel avec les transformations socio-économiques de la société.*

L'ensemble de ces éléments a été, selon nous, porteur d'apprentissage culturel, en favorisant la confrontation à de nouveaux modèles, de nouvelles rationalités.

La mise en évidence de ces quelques éléments clés pose partiellement la question des mesures pouvant être prises pour infléchir certaines décisions de cesser l'activité libérale.

VI. Les pistes d'action

Pour prolonger l'analyse, plusieurs pistes d'action peuvent être proposées comme contribution à la réflexion, au regard des éléments mis en évidence précédemment. Plutôt que mettre en évidence des réponses à apporter et des dispositifs à déployer, nous proposons ci-dessous des axes, des thèmes sur lesquels engager la réflexion, le fil conducteur de ces propositions résidant dans la transformation de stratégies individuelles en stratégies collectives utiles à la construction de compromis sociaux.

❖ Engager une réflexion sur le statut libéral et les transitions / aménagements possibles en fin de carrière

Le mode d'exercice libéral comporte, dans ses dispositions actuelles, plusieurs caractéristiques fortes qui peuvent, chez certains médecins, alimenter leur motivation à cesser de manière précoce et/ou freiner (voire empêcher) leur volonté de prolonger leur activité sous forme aménagée une fois l'âge de la retraite venu. Parmi les points posant problème, citons :

- la logique actuelle en fin de carrière du « tout ou rien » liée :
 - au haut niveau d'activité à assurer pour dégager un revenu disponible correct ;
 - la difficulté à gérer la pression de la clientèle et sa fidélisation en deçà d'un certain niveau de présence.
- la difficulté pour certains médecins à assumer la charge d'activité, en particulier s'ils exercent seuls en milieu rural, où ils peuvent avoir le sentiment d'un isolement dans la pratique, voire d'un épuisement tant physique que professionnel ;
- la lassitude, voire le refus de certains médecins d'assurer les tâches administratives et de gestion, voire d'assumer le risque économique lié au statut libéral ;
- la nécessité de maintenir la « course à l'acte », même en fin de carrière, ne bénéficiant d'aucune forme de capitalisation traditionnelle associée à l'avancée dans la carrière, et ce d'autant plus que le capital constitué par la « patientèle » est fortement déprécié, voire sans valeur marchande en raison du manque de successeurs potentiels.

Se dessinent à travers ces points quelques leviers d'action envisageables :

- créer des « formes d'exercice » et/ou innover dans la création de passerelles entre les types et les modes d'exercice, qui permettent le décroisement et favorisent des transitions apparaissant moins comme des ruptures, tant en termes de cadre législatif qu'en termes d'incidences financières. Il s'agit de créer de la fluidité sur un marché du travail interne élargi ;
- repérer des possibilités en fin de carrière de ne pas respecter à la lettre le principe du « paiement à l'acte ». Il s'agirait de favoriser des aménagements des rythmes de travail sans diminution forte des niveaux de revenu, en innovant dans des formes de rétribution complémentaires sur la base de contreparties et en restant sur le principe du volontariat ;
- prendre en compte des éléments relatifs à la formation professionnelle continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles dans l'appréciation de la carrière professionnelle ;
- engager des initiatives visant à améliorer les conditions d'exercice isolé en milieu rural de manière à réduire l'engagement du médecin, en faisant de la question de la charge de travail une dimension collective et territoriale ;

permettre des engagements, des mobilisations temporaires de médecins dans des activités salariées, notamment en cas d'évènements particuliers.

❖ Engager une réflexion sur les discours et les regards portés sur les médecins

L'enquête menée montre qu'au-delà des situations objectives liées aux conditions d'exercice et à l'écart entre ces conditions et les aspirations, tant en fin qu'en milieu de carrière, le sentiment d'un manque de considération, voire d'une remise en cause implicite de la place du médecin dans la société, pèsent sur les motivations conduisant à la cessation.

Apparaîtrait alors un écart entre, d'un côté, les discours tenus et les actions menées par les politiques et les interlocuteurs technico-administratifs, et de l'autre, leur perception par nombre de médecins, le tout dans un contexte d'évolution forte des situations territoriales, des attentes de la population et du niveau de prise de conscience collective de l'enjeu et du coût de la santé.

Il s'agit également de contrer le sentiment d'exercer une profession en perte d'identité tant en ce qui concerne le métier lui-même qu'en ce qui touche au statut social, se traduisant par l'idée de subir une « dévalorisation sociale » dans notre société.

Cela nécessite tout autant de s'interroger sur les mesures que sur les signes donnés dans un espace professionnel où la symbolique compte tout autant que les faits. Quel est le rôle de la médecine de ville dans la politique de santé ? Comment ce rôle se conçoit-il dans des configurations territoriales différentes (rural isolé, rural sous faible influence urbaine, péri-urbain fragilisé, urbain dense) ?

De ce point de vue :

- les réponses apportées ne peuvent être seulement financières (valorisation de l'acte) ; elles relèvent également d'une revalorisation symbolique en phase avec la volonté de faire du médecin généraliste le régulateur du parcours de soins avec toutes les incidences que cela suppose, tant du point de vue des pratiques que des postures et des représentations ;
- les réponses ne peuvent être univoques, indépendantes du lieu d'exercice, dans la mesure où les rôles du médecin généraliste et ses conditions d'exercice ne sont pas homogènes ;
- se pose aussi la question du jeu des acteurs, et notamment la manière dont les organisations professionnelles peuvent être des acteurs relayant ou freinant des innovations nécessaires. Il s'agit en fait d'évaluer la capacité à transformer les stratégies individuelles de reconversion ou d'évitement en stratégies plus collectives, de manière à faire émerger des dynamiques en phase avec les enjeux de demain.

Enfin, une réflexion collective peut utilement être animée sur les caractéristiques des évolutions sociétales conduisant à une transformation du paradigme du « sacerdoce » de la médecine libérale. Cela suppose de travailler avec eux sur le changement de valeurs attachées au métier et de montrer que celui-ci a une légitimité dans la mesure où l'attachement à celui-ci reste le même, même s'il est porté différemment.

❖ Engager une réflexion sur l'enjeu de la transmission

La cessation pose à l'évidence la question de la transmission. Partir, c'est laisser quelque chose. Cette question porte sur :

- la transmission de la patientèle, avec l'enjeu financier qu'elle suppose, mais aussi celui de ne pas laisser la patientèle « à l'abandon » ;
- la transmission des savoirs, fruit d'une riche expérience acquise.

En particulier, les médecins généralistes sont souvent démunis face à la situation de pénurie de médecins souhaitant reprendre le cabinet.

Comme cela a été repéré plus avant dans cette étude, la dégradation des conditions actuelles de transmission lors de la cessation pèse fortement tant sur les stratégies de cessation engagées que sur les déceptions, les regrets, voire les traumatismes qui apparaissent une fois la cessation opérée.

De plus, les médecins généralistes constatent un véritable « fossé générationnel » entre un modèle issu de la génération qui les a précédés, et qui reste encore largement le modèle de référence, et les plus jeunes portés par d'autres valeurs, notamment en termes de qualité de vie, de pratique... D'une certaine manière et pour faire image, « quand ils se retournent, ils ont l'impression de n'avoir plus personne derrière eux ». Ce constat leur est assez difficile à vivre, alors que tous ont le sentiment d'avoir beaucoup donné, y compris au détriment, voire au sacrifice, de leur vie personnelle.

À cet égard, plusieurs axes de réflexion peuvent être suggérés :

- renforcer la place dans la formation des jeunes médecins de la médecine générale de ville, de manière à favoriser les motivations et à mieux préparer les futurs médecins aux conditions réelles d'exercice. Cela suppose sans doute, plus que l'augmentation « des heures de découverte » (dans le volume d'enseignement, au travers des stages), une réflexion portant directement sur les mécanismes de sélection des jeunes médecins, sur l'identification des réticences des jeunes médecins, sur les dispositifs collectifs d'accompagnement à l'installation et sur l'aménagement de possibilités réelles d'accueil de stagiaires dans les cabinets médicaux ;
- valoriser la capacité des médecins à transmettre leurs savoirs ; en faire des acteurs de la transmission, du passage de relais ;
- faire de la question du successeur une question non plus seulement individuelle mais collective.

Conclusion

Repérer les motifs de cessation d'activité des médecins généralistes exerçant en mode libéral est un exercice complexe étant donnée la diversité des situations rencontrées au travers des 30 entretiens réalisés dans le cadre de cette étude : diversité des âges de cessation et des situations après la cessation, diversité des situations personnelles au moment du choix et des « parcours de vie », diversité des lieux d'exercice, diversité des motivations invoquées.

L'échantillon constitué à partir de plus de 100 réponses reçues a permis de couvrir au moins partiellement le champ des différentes situations et de balayer un spectre large de matériau à analyser.

Il s'agit bien d'une étude qualitative portant sur des situations variées, dont l'ambition a été de repérer, au travers de cette diversité, des points suffisamment forts pour constituer un point de vue à partager quant aux motivations des médecins conduisant à cesser l'activité libérale.

Une des principales hypothèses de travail avancées dans cette étude a consisté à prendre les motivations indiquées non comme un élément en elles-mêmes, mais en prise avec un contexte et une individualité. En effet, il s'agit, au-delà des motifs invoqués, de les restituer dans « l'épaisseur de vie » de chacun pour permettre d'expliquer le caractère non mécanique de l'articulation entre *contexte, objectif et décision*.

Dans cette perspective, deux types d'enseignements se dégagent :

- *Les principaux motifs de cessation invoqués*

Au regard de l'ensemble des entretiens, quatre classes de motivations semblent émerger :

- des « évènements » personnels ou familiaux imposant de cesser l'activité, au premier rang desquels les problèmes de santé,
- un désenchantement vis-à-vis du métier exercé en mode libéral, voire un doute sur sa pérennité, avec une rupture dans la capacité à assumer la charge d'activité, un sentiment de plus en plus prégnant d'une perte de l'équilibre entre le don et le contre-don, du fait des comportements de la patientèle ou des institutions, ces éléments remettant fortement en question l'identité professionnelle,
- un rapport dégradé à l'environnement institutionnel, avec le sentiment d'un décalage grandissant entre le statut libéral et le mode de régulation de la politique de santé (entre rôle tenu et rôle prescrit), pouvant glisser d'une remise en cause du mode libéral à une remise en cause du statut libéral,
- la difficulté à gérer les conditions d'exercice imposées par le statut libéral, avec notamment comme éléments pointés : la tension entre le volume d'activité et le niveau de revenu, la difficulté à gérer la demande face aux caractéristiques de l'offre territoriale, la difficulté de cumuler la retraite avec le statut de libéral (pour des remplacements occasionnels ou une petite activité), la volonté de quitter le mode libéral pour le mode salarié jugé plus confortable.

- *Les mécanismes à l'œuvre*

Les motivations invoquées sont souvent à prendre non pas isolément, mais à situer dans un faisceau plus ou moins hiérarchisé d'éléments convergents rendant la situation vécue suffisamment pesante pour espérer passer à autre chose.

D'une certaine manière, entre en ligne de compte une « équation du changement », un rapport entre « *ce que j'ai, ce que j'ai à perdre, ce que je vais gagner* ». Cette « équation » s'élabore à partir des représentations et des interprétations, à la fois de la trajectoire passée et de l'avenir. Le tout est alimenté par le regard réflexif sur soi, son métier, son environnement proche et l'environnement plus global. Il existe alors une interaction entre le passé, le présent et l'avenir, entre les représentations et les interprétations.

Le temps revêt une importance toute particulière dans la compréhension de la manière dont, à un moment donné, le médecin passe du regard porté sur sa situation à la prise de décision ou au contraire, ne parvient pas à prendre une décision, la subit, au risque de s'y perdre.

De même, les parcours de chacun, « les trajectoires de vie » apparaissent jouer un rôle dans la mesure où c'est bien la subjectivité qui est engagée, le « regard porté sur » qui compte plutôt que la réalité objective des situations vécues.

Quatre axes d'analyse sont proposés ici pour permettre d'explicitier l'articulation entre les motivations avancées et le processus de décision :

- la tension entre le regard porté sur le vécu et la vision projetée sur l'avenir, et la place jouée par les « trajectoires de vie »,
- les stratégies individuelles pouvant être déployées permettant de peser sur les situations et les choix,
- l'importance des opportunités rencontrées ou non comme facteur de concrétisation de la décision,
- l'âge comme facteur discriminant, non du choix, mais de ce qui s'y joue dans la décision de cessation.

D'une certaine manière, c'est toujours une histoire singulière où la dimension personnelle joue deux fois, dans les trajectoires de vie propres à chacun, et dans la subjectivité engagée par chacun. Plus que la réalité objective des situations vécues (sauf ennuis de santé particulièrement importants), c'est bien l'articulation entre les « trajectoires de vie » et le regard « porté sur » qui vont, à un moment donné, faire que tel ou tel médecin décide de cesser, de manière précoce, tardive ou aux alentours de 65 ans.

Sur ce dernier point, un commentaire complémentaire s'impose. Si les motivations, d'une certaine manière, ne sont pas toutes nouvelles, bien qu'elles se posent dans des formes différentes, comment expliquer alors que ce qui tenait, ne tient plus ?

Tout au long de la présentation des résultats de cette étude, l'interrogation des médecins sur leur système identitaire et culturel, le sens de leur vécu professionnel, ainsi que leur vision de l'avenir de leur métier, est apparue en filigrane.

Comme cela a été mentionné, il existe de toute évidence un questionnement du rapport entretenu par les médecins généralistes libéraux avec les institutions (dans leur dimension politique et technico-administrative), avec les patients, avec les pairs (en particulier les spécialistes, mais aussi avec les jeunes générations de médecins).

Ces questionnements vont jusqu'à interroger le statut de libéral dans une confusion entre le mode exercice et le statut lui-même.

La médecine de ville subirait une transformation forte dont l'issue n'est pas encore clairement identifiée et encore moins aboutie. Elle s'exercerait comme un métier et non plus comme un art, le sacerdoce semblant s'effacer devant le professionnalisme : le médecin devrait assurer une fonction particulière dans le système de soins, un « rôle plus prescrit » autorisant une immixtion plus forte des autorités de régulation jusque dans les pratiques.

Cela dessine-t-il pour autant une remise en cause du mode d'exercice en libéral, voire du statut ?

La génération actuelle de médecins ayant entre 50 et 70 ans serait ainsi entre deux modèles : **le modèle des anciens**, « **du sacerdoce** » avec pour contrepartie une reconnaissance symbolique forte de la société, modèle en extinction, qui ne tient plus, mais qui a largement servi de référence à ces médecins, et un **modèle en gestation** dont les contours ne sont pas encore réellement fixés.

L'hypothèse formulée ici est que c'est aussi le sentiment de se trouver dans cet entre-deux, avec à la fois le regret de ce qui est perdu, mais également la compréhension de la nécessité de changer, qui permet d'expliquer les motivations de cessation des médecins généralistes libéraux ou plus exactement d'expliquer que ce qui faisait tenir ne tient plus, et qu'à situations comparables, certains lâchent, abandonnent, se tournent vers autre chose.

Il ne s'agit pas de proposer comme facteur explicatif du malaise des médecins libéraux une nouvelle querelle entre « les anciens et les modernes », mais plutôt de s'interroger sur les modalités d'accompagnement des changements en cours et à venir des modèles organisationnels et professionnels, le « chemin » de ce changement important bien davantage que sa cible, que par ailleurs personne n'a définie à ce jour.

D'une certaine manière, cela repositionnerait la compréhension des mécanismes conduisant à la cessation, non plus seulement au niveau de la singularité de chacun et de la manière dont les mécanismes se déploient au niveau individuel, mais également à un niveau collectif, prenant en compte le rapport social entre les médecins et la société dans son ensemble collectif, ce qui invite dès lors à changer la perspective des réponses à apporter.

Annexe

I - Les réponses reçues

100 coupons-réponse renvoyés dont :

Région	Département	Hommes	Femmes
Poitou-Charentes	Charente-Maritime (17)	2	1
	Deux-Sèvres (79)	5	
Aquitaine	Gironde (33)	4	
	Pyrénées-Atlantiques (64)		
Midi-Pyrénées	Haute-Garonne (31)	9	3
	Hautes-Pyrénées (65)	3	2
	Tarn (81)	1	1
Région parisienne	Tarn-et-Garonne (82)	1	
	Seine-et-Marne (77)	7	1
	Hauts-de-Seine (92)	1	1
	Seine-Saint-Denis (93)	3	1
	Val-de-Marne (94)		1
Haute-Normandie	Val-d'Oise (95)	1	
	Eure (27)	2	
	Seine-Maritime (76)	4	1
Basse-Normandie	Calvados (14)	2	
Nord-Pas-de-Calais	Nord (59)	11	1
	Pas-de-Calais (62)	1	
Pays de la Loire	Loire-Atlantique (44)	6	2
	Maine-et-Loire (49)	1	
Franche Comté	Doubs (25)	2	1
	Jura (39)	2	
	Haute-Saône (70)	1	
Rhône-Alpes	Rhône (69)	2	
Picardie	Oise (60)	7	1
	Somme (80)	1	
Paris		4	
Total		83	17

II - La Grille de questionnement

- Les éléments d'identité et signalétiques

- Nom, prénom
- Âge
- Date de cessation d'activité
- Sexe
- Situation de famille
- Enfants (âge, autonomie)
- Conjoint(e) (âge, activité, état de santé)
- État de santé
- Situation actuelle (activité, retraite)
- Vie sociale, engagement
- Dernier lieu d'exercice

- **Le choix de cessation ou de poursuite d'activité : raisons avancées et processus**

- Les motifs énoncés spontanément à l'époque du choix.
- Les modalités de prise de décision
 - ✓ En termes de temporalité : décision brutale en relation à un évènement, à des opportunités, processus préparé et anticipé
 - ✓ En termes d'acteurs : décision prise seul, avec des proches, en discutant avec des pairs
 - ✓ En termes de climat entourant la décision : simple ou angoissant
- Les termes du choix : un choix fermé ou un choix par palier / étapes (durée du travail, autres activités professionnelles) ?
- Le vécu du choix : un choix subi ou construit, en écho à un renoncement ou en phase avec un projet (plus ou moins latent) ?
- Les éléments d'environnement :
 - ✓ Les éléments susceptibles d'influencer le choix : hésitation, report temporaire
 - ✓ Les éléments/conditions susceptibles de modifier le choix
- Le regard actuel sur les motivations de ce choix ?

- **La trajectoire professionnelle : Éléments factuels sur les conditions et les modes d'exercice (souci particulier de repérage des points de rupture)**

- ✓ Le (les) mode(s) d'exercice (seul, en association, en groupement)
- ✓ Les activités professionnelles autres que libérale

- ✓ La configuration et les caractéristiques de la situation d'exercice ⇔ zones rurales, urbaines..., temps de travail, gardes du WE et de nuit, visites à domicile, type de clientèle ...
- ✓ La nature et les caractéristiques des relations avec les pairs : fréquence, modalités ...
- ✓ La participation à la formation continue : fréquence, objectifs, effets principalement attendus et effets secondaires
- ✓ La participation à des unions professionnelles ou à d'autres formes d'organisations, de manifestations

- L'investigation des motifs avancés

- Les éléments déterminants et secondaires du choix (au sens ayant pesé sur), en termes de :
 - ✓ situation financière et patrimoniale
 - ✓ de possibilité de reprise de la clientèle par un successeur
 - ✓ de situation de famille
 - ✓ de regard sur le métier et notamment sur : les conditions et le temps de travail, le rapport à la clientèle, la nature des activités/actes réalisés, les modes d'exercice, la professionnalisation, les relations avec les pairs, l'avenir du métier, l'avenir des modes d'exercice ...
 - ✓ de regard sur les relations avec l'environnement institutionnel et ses évolutions
 - ✓ de désirs d'autres investissements, de projection dans l'avenir, la vieillesse,
 - ✓ de position et de vie sociale
 - ✓ ...
- Les acteurs ayant participé directement ou indirectement à la construction du choix
 - ✓ de famille, amis,
 - ✓ de pairs
 - ✓ de syndicats professionnels, Conseil de l'Ordre, Unions professionnelles ...
 - ✓ Autres ...
- Les caractéristiques et les conditions d'une autre possibilité de choix
 - ✓ L'éventualité d'un retour en arrière
 - ✓ Ses conditions
 - ✓ ...

- Les effets du choix

- Les caractéristiques clés de la vie actuelle (activités, loisirs, rapport au temps...)
- Les principaux changements ou les changements significatifs/importants pour vous
- Les points positifs ou négatifs du changement de situation
- Les effets sur vos revenus et votre patrimoine
- Les effets en termes de « notoriété », de position et de vie sociale...

- L'appréciation générale portée aujourd'hui sur votre choix
 - Votre opinion sur le sujet
- La question de l'âge idéal de cessation d'activité, de ses différenciations éventuelles et de ses conditions
- La question de l'appréhension du changement de mode d'exercice ?
- La question des modalités de cessation d'activité notamment autour de l'idée de cessation progressive
- La perception des différents dispositifs incitatifs ayant existé
- Les mesures d'accompagnement à prendre en cas d'incitation à un prolongement d'activité professionnelle
- Les opinions de l'environnement professionnel sur le sujet :
 - ✓ sur votre choix ?
 - ✓ par rapport à leur propre situation ?