THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine générale

Par

Yannick MARCHAND

Présentée et soutenue le 12 janvier 2017

« Alors Docteur, c'est pour quand la retraite ? »

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes retraités actifs lorrains

Examinateurs de la thèse :

Président : Mr le Professeur Jean-Marc Boivin

Juges : Mr le Professeur Jean-Pierre Kahn

Mme le Professeur Christine Perret-Guillaume

Mme le Professeur Martine Batt

Mr le Docteur Olivier Bouchy juge et directeur

12 septembre 2016

P r é s i d e n t de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE Henri
LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU Michel
MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean -Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude
PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean -Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL Antoine
RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS 42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)*

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)*

4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre Président de jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc Boivin,

Professeur des Universités de Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À nos membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn

Professeur Des Universités - Psychiatrie

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance.

Madame le Professeur Christine Perret-Guillaume

Professeure des Universités – Gériatrie

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance.

À notre juge,

Madame le Professeur Martine Batt

Professeur des Universités,
Maître de Conférences,
Habilitation à Diriger des Recherches.
Université de Lorraine - Faculté de Psychologie
Nancy

Vous nous avez fait l'honneur de collaborer à cette thèse. De par votre qualité de Professeur en Psychologie, vos conseils et votre implication, nous ont permis de donner à ce travail une orientation originale, alliant psychologie et médecine.

Nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de notre jury. Veuillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre reconnaissance

À notre juge et directeur,

Monsieur le Docteur Olivier Bouchy

Maitre de Conférence des Universités de Médecine Générale

Nous avons été honorés que vous acceptiez de superviser notre travail.
Nous vous remercions vivement pour votre aide, votre soutien, votre disponibilité et votre gentillesse apportés tout au long de la réalisation de cette thèse ainsi que durant le stage dans votre cabinet.
Vous nous avez transmis vos connaissances, votre amour de la profession et également de précieux conseils sur le plan personnel.

Veuillez trouver dans ces quelques lignes le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre admiration.

À mes parents Laure et André pour leur amour et leur soutien.
Merci d'avoir toujours cru en moi, surtout dans les moments de doutes qui ont jalonné mon parcours quelque peu atypique.
Un grand merci plus particulièrement à ma maman pour son aide précieuse et son implication dans cette thèse.

À mon frère Boris et son épouse Halima pour leur présence et leur disponibilité ainsi qu'à Ambre et Léliana, mes nièces.
Merci Boris pour tes connaissances sans faille du logiciel Word. Que de temps gagné grâce à toi.

À ma sœur Dolores, Jean-François et Amnélys.
Merci Dolores de m'avoir aidé dans le travail fastidieux de la retranscription des entretiens.

À Elisa et Marjorie, étudiantes en Master de Psychologie. Nous avons parcouru ensemble la Lorraine pour la réalisation des entretiens. Ces moments partagés avec vous ont été pour moi autant enrichissants que plaisants.
Merci pour votre investissement dans ce travail.

À Antonin pour son amitié et son aide précieuse dans tous les domaines.

À Adrien, Baptiste, Julien, Luc, Romain, Sébastien pour les bons moments passés ensemble à la fac et ailleurs.

À Nima, notre ami parti trop tôt.

À Marianne pour son amitié, son soutien.

À tous ceux croisés en stage à Sarreguemines, Thionville, Forbach, Revigny-sur-Ornain et à Nancy.

Cette thèse vous est dédiée, en témoignage de mon amour, de mon amitié et de ma profonde reconnaissance.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

1 Introduction 16

2 Les médecins retraités actifs 17
2.1 Les évolutions législatives 17
2.1.1 Le régime des MICA=Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité 17
2.1.2 Les lois concernant la réforme des retraites de 2003 à 2015 17
2.2 Les effectifs et répartitions 18
2.2.1 Nombre et répartition 18
2.2.2 Par spécialité 18
2.2.3 En Lorraine 19
2.3 Le retraité actif type : les chiffres clés 19
2.3.1 Age-sexe 19
2.3.2 Durée : 19
2.3.3 Les revenus : 19

3 Aspects psychologiques et sociologiques de la retraite 20

4 Introduction 22

5 Méthodologie 23

6 Résultats 24
6.1 Description de la population 24
6.2 La retraite, un tournant dans leur vie 24
6.2.1 Des perceptions divergentes 24
6.2.2 Un nouveau rythme de vie 24
6.2.3 La retraite comme une coupure 25
6.2.4 La peur de l'inconnu ou de la désocialisation 25
6.2.5 Le manque d'anticipation 25
6.2.6 Pour une transition en douceur 26
6.3 Un cadre législatif rassurant 26
6.3.1 Un apport financier 26
6.3.2 Un cadre d'exercice modifié 27
6.3.3 Les carences des pouvoirs publics et administratifs 27
6.4 Le médecin retraité actif et « ses » patients 28
6.4.1 Une symbiose entre médecins et patients 28
6.4.2 Un vide sidéral pour les patients 28
6.4.3 Des médecins responsables du devenir de leur patientèle 29
6.5 D'autres facteurs influençant la décision 29
6.5.1 La situation démographique de leur territoire 29
6.5.2 Solidarité avec les confrères 30
6.5.3 Manque d'investissement des élus à tous les échelons 30
6.6 Les évolutions de la médecine 30
6.6.1 Une médecine plus facile à exercer 30
6.6.2 Éducation de la patientèle 30
6.6.3 Travail en groupe 31
6.6.4 Les craintes pour l'avenir 31

7 Discussion 31
7.1 La retraite ou l'anticipation d'un avenir douloureux 31
7.2 La retraite et l'anticipation de l'avenir de sa patientèle 34
7.3 Les perspectives d'avenir 36

7.4 Les limites de l'étude..... 36

Conclusion..... 37

8 Perspectives..... 38

9 Résumé..... 39

10 Annexes..... 43

10.1 Tableau 1 : grille d'entretien..... 43

10.2 Tableau 2 : Population étudiée..... 44

1 Introduction

Aujourd'hui, la représentation de la retraite active qui se développe est celle d'une deuxième vie professionnelle dans le prolongement de la première. Les médecins font de plus en plus le choix de travailler après la retraite. Ils permettent de pallier les problèmes d'accès aux soins mais pas que, c'est aussi un moyen d'amorcer pour eux une cessation d'activité progressive, de former de jeunes médecins, de recevoir un complément de revenus …

Au 1er janvier 2016, 285840 médecins étaient inscrits au tableau de l'Ordre selon L'Atlas de la démographie 2016. Mais si le nombre de médecins en activité reste stable celui des retraités est en forte augmentation (+87,7%) Sur les 70257 retraités, 15878 sont en cumul emploi retraite.
C'est la médecine générale qui est la spécialité la plus touchée par le nombre important de départs en retraite. Depuis 2007 ses effectifs connaissent une baisse globale de 6%, phénomène amené à se poursuivre jusqu'en 2025 avec une prévision de la perte d'un médecin généraliste sur quatre.

Sur le plan juridique le revirement a été important, en effet, la loi Fillon de 2003 ainsi que la modification de la loi de financement de la sécurité sociale de 2009 et La loi de réforme des retraites du 20 janvier 2014 apportent maintenant des avantages aux médecins qui décideraient de poursuivre leur activité

L'intérêt de ce travail est de mettre en avant les médecins généralistes choisissant de poursuivre leur activité alors qu'ils pouvaient prétendre à la retraite, un phénomène grandissant et d'actualité sur lequel il existe peu d'études.
Nous avons voulu connaître leurs motivations, leurs craintes, leur ressenti de la situation, de la retraite et également identifier les facteurs qui ont pu influencer leurs décisions
Pour ce type d'étude la méthode la plus appropriée est celle de l'entretien individuel semi-dirigé. En effet il laisse une grande liberté de réponse à l'interlocuteur nécessaire pour parler d'un sujet comme la retraite.
Cela nécessite une grande expérience autant dans la gestion des entretiens que dans l'analyse des données et l'interprétation des entretiens.
Cette étude était donc une opportunité de travailler en collaboration avec Martine Batt, Professeur des universités et deux de ses étudiantes en master de psychologie. Cela nous a permis de réaliser un travail interdisciplinaire en intégrant des concepts de sociologie, psychologie et médecine.

Cette mise en commun des connaissances a été notamment utile pour la conception de la grille d'entretien nous permettant de dégager 5 grands thèmes à aborder pendant les entretiens.

2 Les médecins retraités actifs

2.1 Les évolutions législatives

2.1.1 Le régime des MICA=Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité

Avant 2003, les médecins libéraux pouvaient bénéficier d'un régime de pré-retraite : Le MICA. Ce régime, créé en 1988, avait pour objectif de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses.
Il octroyait une allocation de remplacement de revenus pour les médecins souhaitant partir précocement à la retraite.
Renforcé en 1996 en abaissant l'âge d'accès, en relevant le montant du plafond de l'allocation de remplacement pour les adhérents et en assouplissant les conditions de cumul, ses conditions ont été moins favorables à partir de 1999 avant d'être supprimé en octobre 2003
Pour faire face à la nouvelle situation démographie, répondre à la demande de soins grandissante, la politique menée sur le plan national a connu un virement important avec, en parallèle à une augmentation du numérus clausus, et à la fin du mécanisme des MICA et des mesures incitant à poursuivre une activité en tant que retraité

2.1.2 Les lois concernant la réforme des retraites de 2003 à 2015

La loi Fillon du 21 aout 2OO3 autorisait les médecins libéraux ressortissant de la CARMF[1] à cumuler leur retraite des régimes (de base, complémentaire et ASV[2]) avec une activité libérale sous quelle que forme que ce soit. Cependant leur revenu net tiré de cette activité devait être inférieur au plafond de la Sécurité Sociale
En 2009, la loi de financement de la Sécurité Sociale, rendait plus attractive les conditions du cumul en supprimant le plafond de ressource.
Sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs pensions de retraites obligatoires et qu'ils justifient d'une durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite de base à taux plein, les médecins retraités peuvent cumuler leur retraite et le revenu d'une activité médicale libérale sans restriction
Depuis le 1er janvier 2015, les médecins retraités actifs continuent à cotiser à leurs régimes de retraite mais ne peuvent plus acquérir de de droits dans quelque régime légal de retraite que ce soit, de base ou complémentaire. Ils doivent avoir liquidé tous les régimes de retraite de base auxquels ils cotisent afin de cumuler retraite et activité.

[1] Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
[2] Avantage Social Vieillesse

2.2 Les effectifs et répartitions

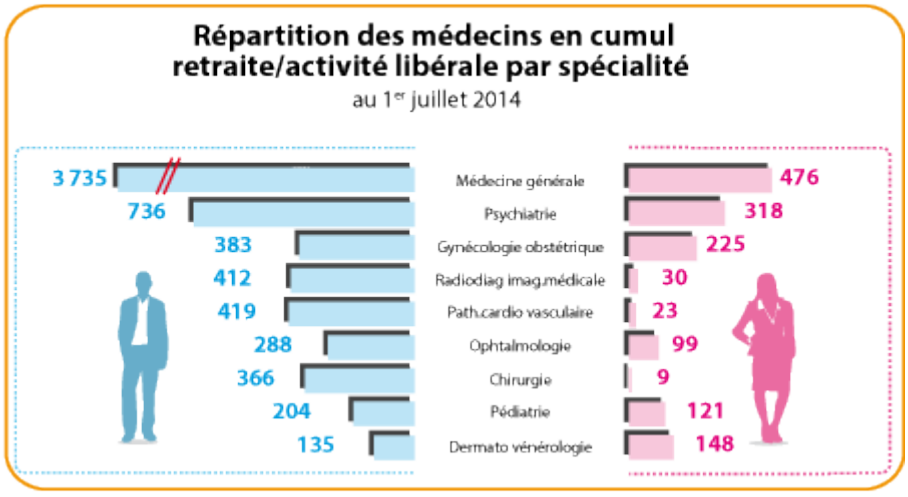
2.2.1 Nombre et répartition

En augmentation constante depuis 6 ans (+300%) ils sont 15878 en 2016 soit 26% des médecins retraités. Leur nombre est estimé à 35000 en 2025 selon L'atlas de la Démographie médicale 2016
Ils sont 49% à poursuivre une activité libérale

Pour la CARMF, la possibilité, à compter du 1er janvier 2009, de cumuler intégralement revenu d'activité et pension de retraite a entraîné une importante augmentation du nombre de personnes en cumul emploi-retraite, qui a doublé entre 2009 et 2010, passant d'environ 1 900 à près de 3 800. Depuis cette date, le nombre de cumulant emploi-retraite augmente de façon relativement constante, au rythme de 1 370 par an.
Leur répartition est inégale sur le territoire avec une forte attraction pour la région Ile de France qui regroupe 26,9% des médecins retraités actifs, ainsi que les régions Provence /Alpes/Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon (10%)

2.2.2 Par spécialité

Les généralistes en cumul retraite / activité libérale et représentent 45 % des médecins retraités actifs, toutes spécialités confondues
Les autres spécialistes cumulent donc un peu plus que les généralistes, notamment chez les psychiatres, où les ils représentent 16 % des effectifs, mais aussi chez les gynécologues et les pédiatres (11 %).



Concernant la médecine générale, le département ayant le plus de retraités actifs selon les données du CNOM[3] (référence cartographie interactive): Paris 13.3 % ensuite Haute Marne, Indre , loir et cher 12.3% , Gers 11.6% , Lot et Garonne 11.5 % et Allier 11.3%
Ils sont répartis autant dans les zones urbaines que rurales. On note une grande disparité entre les régions.

[3] Conseil National de l'Ordre des Médecins

2.2.3 En Lorraine

La Lorraine regroupe 5,6% des médecins retraités actifs en 2016
Pour la région de Nancy la répartition est la suivante au 1er juillet 2016 :

Département*	**Médecins retraités**	**Cumul retraite / Activité libérale**
Meurthe et Moselle	644	117
Meuse	136	21
Vosges	286	51
TOTAL	2 021	339

**Tableau issu de la CARMF, je ne dispose pas des données pour la Moselle*

En Lorraine, les retraités actifs représentent 16% des retraités et 7 % des 4443 médecins cotisants.
En ce qui concerne les 2005 médecins généralistes lorrains, ils connaissent une baisse d'effectifs globale de 12,1% depuis 8 ans, dans la moyenne nationale, une densité de 8,4 pour 10 000 habitants, inférieure à la moyenne nationale : 13,4 pour 10 000

Département	**Nombre de médecins généraliste**	**% de + de 60 ans**	**% de retraités actifs**
Meurthe et Moselle	694	22,3	6,6
Meuse	139	27,3	9,4
Vosges	296	25,4	9,4
Moselle	876	30,8	2,6
TOTAL	2 005		

2.3 Le retraité actif type : les chiffres clés

2.3.1 Age-sexe

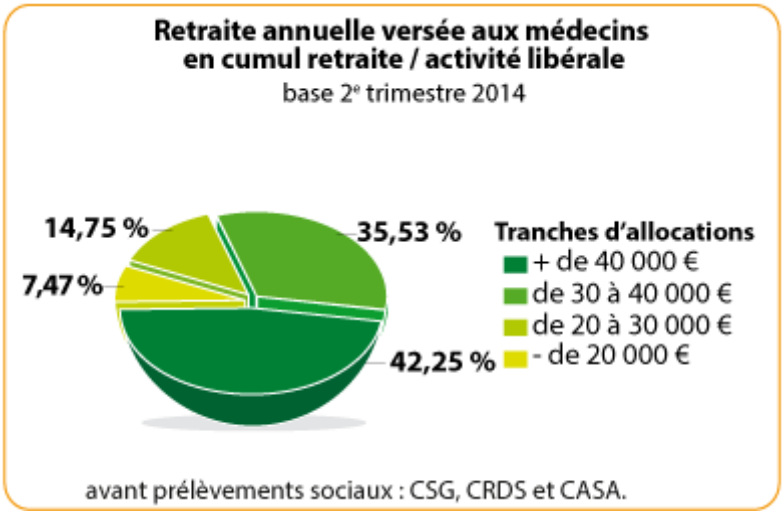
Âge moyen : 69,7 ans
Les femmes représentent 17% des médecins en cumul.

2.3.2 Durée :

98% des médecins utilisant le cumul le font au cours d'une seule période, sans interruption
La durée moyenne d'utilisation est de 8,6 trimestres pour les médecins ayant bénéficié du cumul. Elle a tendance à s'allonger pour atteindre 13,4 trimestres pour les personnes actuellement en situation de cumul

2.3.3 Les revenus :

Les médecins cumulant retraite et activité libérale ont des revenus supérieurs au trois quarts des médecins retraités, environ 20% de plus



Prendre sa retraite et poursuivre avec une activité réduite d'environ la moitié permet de conserver le même revenu selon les estimations de la CARMF

3 Aspects psychologiques et sociologiques de la retraite

En plus de traiter un sujet d'actualité, les médecins retraités actifs, tout l'intérêt de l'étude est d'explorer les sentiments des médecins face à la retraite et donc la fin de leur activité professionnelle, fin qu'ils ont préféré reporter pour l'instant.
C'est un moment important, une des principales transitions de la vie qui se passer plus ou moins bien. Beaucoup de facteurs interviennent au moment de prendre la décision de prendre sa retraite. Les différents travaux en notamment en sociologie et psychologie les ont bien décrits en permettent de tracer le fil conducteur des entretiens, grâce notamment à la lecture de revue comme La Revue Française de Sociologie ou Gérontologie et Société.
La théorie de Beehr[4], par exemple, les groupes en trois facteurs : personnel (santé, situation financière), psychologique (attitudes face au départ en retraite et perception du retrait) et contextuel (environnement personnel et professionnel, engagement dans l'activité professionnel). Il est également souvent question de la transmission dans la littérature comme condition pour bien vivre sa transition vers la retraite.

En tenant compte de toutes ces données, nous avons voulu orienter les entretiens sur les points suivants :

- La retraite : leur représentation de la retraite, leurs appréhensions, leurs projets, leurs désirs, leurs craintes
- La place de l'entourage, de la famille
- Le parcours professionnel, leurs mode d'exercice
- La relation avec les patients
- L'aspect financier et législatif et administratif

[4] Beehr, T. A. (1986). The process of retirement: A review and recommendations for future investigation. Personnel Psychology, 39, 31–55

Nous avons voulu confirmer que les médecins retraités actifs ont pris leur décision de poursuivre leur activité en fonction des facteurs retrouvés dans la population générale, et également que pour les médecins généralistes libéraux, de l'avenir de leurs patients dépend la réussite de la transition.

Après relecture des entretiens c'est sous l'angle du processus d'anticipation, basé sur les travaux de Jean Sutter, qui nous avons voulu aborder la question de l'appréhension de la retraite.

4 Introduction

« Alors Docteur, c'est pour quand la retraite ? »
Cette question des patients, simple en apparence, plonge souvent le médecin dans une situation redoutée : le temps de mettre un terme à sa vie professionnelle.

Ce médecin interrogé, comme un certain nombre de ses confrères, a décidé de poursuivre leur activité libérale pouvant pourtant prétendre à une retraite bien méritée.
Ces médecins cumulant emploi et retraite sont en effectif croissant. Parmi les 70 257 médecins retraités inscrits au tableau de l'Ordre, 26% d'entre eux ont fait le choix de continuer d'exercer la médecine (1). Ils ont préféré bénéficier des avantages de la loi de Santé Fillon de 2003, modifiée en 2009 et 2014 permettant de poursuivre leur exercice dans des conditions acceptables. Cette loi va à l'encontre des MICA[1], mis en place en 1988 et renforcés en 1996 pour diminuer une offre de soins trop importante à l'époque. L'objectif de cette mesure était également de limiter les dépenses de la sécurité sociale.

La retraite est un moment clé dans la vie d'un travailleur salarié ou libéral comme l'a démontré W. Bridges (2) en travaillant sur le déroulement des transitions personnelles et organisationnelles. Il en ressort trois étapes : la « fin de l'activité salariale », la « zone neutre » qui combine la peur d'affronter le vide, mais qui offre cependant l'occasion de s'ouvrir à l'inconnu et de faire de nouveaux essais, de nouvelles découvertes, et le « nouveau commencement ». M. Roberge (3) rejoint W. Bridges en affirmant que la transition est un « processus intérieur qui se vit lorsque le changement extérieur se manifeste ». Il s'agit en général de cesser une étape de sa vie, de se laisser vivre une période qu'elle appelle « zone d'incertitude », avant de commencer une nouvelle étape. Elle insiste sur le fait qu'il est nécessaire de ne pas brûler d'étapes, en particulier celle de la zone d'incertitude, afin que la transition se déroule le mieux possible.
Parfois plusieurs années s'écoulent entre le moment où l'idée de cesser de travailler traverse l'esprit et le départ effectif. La période préparatoire est traversée par des émotions contradictoires et des inquiétudes. En effet, elle oscille entre d'une part la hâte d'être libéré des contraintes, des horaires et délais à respecter, des tâches lourdes ou peu valorisantes et d'autre part les incertitudes vis-à-vis de l'inconnu et l'angoisse d'être hors des repères rassurants du monde du travail pour Poupard (4). Pour contrer ces inquiétudes, certains futurs retraités prévoient leur vie à venir de manière détaillée et accumulent projets et activités.

Tout au long de sa carrière, le médecin généraliste libéral créé un lien fort avec ses patients, c'est le médecin de la famille. Cette relation privilégiée lui confère également des devoirs et une certaine responsabilité à l'égard de ses patients qui s'interrogent sur les conséquences pour eux de l'arrêt d'activité de leur médecin. Il se doit de répondre à leur inquiétude. Ne pas les laisser dans l'inconnu et ne pas les confier à un inconnu participent de l'angoisse de la fin de carrière des médecins généralistes.

[1] Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité

De nombreuses études ont été réalisées sur la cessation d'activité libérale en médecine générale ou sur la fin de carrière du médecin généraliste. Cependant il n'existe pas à notre connaissance d'études sur les médecins généralistes qui ont décidé de poursuivre leur activité alors qu'ils pourraient faire valoir leur droit à la retraite.

Afin de mieux comprendre leur choix, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains retraités actifs pour explorer leur ressenti et leurs motivations, et identifier les facteurs influençant leur décision de poursuivre leur activité en ayant soldé leur retraite.

5 Méthodologie

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à produire, dans des délais courts, une grande variété d'idées, d'opinions et de croyances existant sur un sujet donné et de respecter l'intimité des médecins. Les caractéristiques de ce travail ont été développées selon les critères COREQ[2]
Les participants de l'étude étaient des médecins généralistes lorrains pouvant prétendre à leur retraite mais poursuivant malgré cela une activité libérale.
Afin de constituer un groupe hétérogène, avec des profils multiples, nous avons alors fait un échantillonnage de commodités en recherche de variation maximale. Nous avons interviewé 12 médecins : 3 médecins dans chacun des 4 départements lorrains avec toujours la même règle pour chacun des territoires (une femme, un médecin, homme ou femme exerçant en milieu rural ou semi-rural et un autre en milieu urbain).
Le recrutement s'est déroulé par téléphone après avoir obtenu leurs coordonnées par le CNOM[3] sans leur dévoiler tous les thèmes abordés pour garder une certaine spontanéité.
Certains médecins ont refusé de participer à l'étude pour des raisons de confidentialité.
Le guide d'entretien (cf tableau 1) a été établi à partir de notre problématique, de nos questionnements avec des questions ouvertes et de relance. Il a été élaboré et testé auprès de médecins auparavant.

Les entretiens réalisés sur le lieu de travail de chaque médecin ont eu lieu d'avril à mai 2015.
Ils ont été menés conjointement par l'auteur et deux étudiantes en psychologie. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien.
Chaque entretien a duré environ vingt minutes et a été enregistré à l'aide d'un dictaphone afin de permettre sa retranscription. Les médecins interrogés, assurés de l'anonymat, avaient tous donné leur accord oral.
Les entretiens ont été analysés thématiquement par les 2 étudiantes en psychologie, l'étudiant YM et le directeur de thèse OB. Nous avons réalisé une analyse de contenu thématique puis plus transversale pour rechercher une cohérence thématique entre chaque entretien et en catégorisant les idées afin de répondre à la question guidant la recherche.

[2] Consolidated criteria for reporting qualitative research
[3] Conseil National de l'Ordre des Médecins

6 Résultats

6.1 Description de la population

Douze médecins généralistes libéraux retraités en poursuite d'activité ont participé à notre recherche. L'échantillon était composé de 9 hommes et 3 femmes.
L'âge moyen des participants était de 66,33 ans ; le médecin le plus jeune étant âgé de 65 ans et le plus âgé de 69 ans.
Ils s'étaient installés entre 1975 et 1979 et avaient pris leur retraite active entre 2011 et 2015. Les médecins généralistes interrogés avaient en moyenne exercé pendant 36 ans.
Cinq médecins étaient installés dans un milieu urbain, quatre dans un milieu semi-rural et trois dans un milieu rural.
Cf. tableau 2

6.2 La retraite, un tournant dans leur vie

6.2.1 Des perceptions divergentes

Pour tous les médecins interrogés, parler de la retraite n'était pas un sujet tabou. Ils avaient bien conscience « *qu'à un moment donné il faut s'arrêter* » (Dr K).
Certains auraient même souhaité le faire : « *j'estimais qu'à 65 ans, j'avais fait mon temps »* (Dr J). L'envie d'arrêter pouvait être présente mais moins affirmée *« j'y pense je ne vais pas rester là ad vitam aeternam* » (Dr E)
Pour d'autres, au contraire, ce n'était pas d'actualité « *je n'ai pas envie d'arrêter du tout* » (Dr C) ou ne s'imaginaient tout simplement pas en retraité « *je veux travailler je veux travailler* » (Dr B)

6.2.2 Un nouveau rythme de vie

La médecine générale est un métier chronophage demandant une grande disponibilité.
« *Il faut être disponible il faut être là* » (Dr D). Cela demandait des sacrifices, avec parfois des répercussions sur les proches « *mes enfants en ont souffert* » (Dr B).
La préoccupation des médecins interrogés était en quelque sorte de rattraper le temps perdu. Ils projetaient donc de consacrer du temps à la famille « *m'occuper j'ai des petits enfants* » (Dr E).
Ils déclaraient qu'ils utiliseraient également ce temps libre pour les loisirs « *j'ai un certain nombre de hobbies que je n'ai pas pu ou voulu développer pendant ma vie professionnelle qui vont faire que j'aurai de quoi m'occuper* » (Dr C), les activités culturelles « *j'aime beaucoup lire j'aime beaucoup le cinéma j'aime beaucoup le théâtre donc toutes ces choses-là je pourrai les faire bien sûr* » (Dr I), les voyages « *ce que je voudrais faire c'est des voyages* » (Dr E), « *pour voyager il faut être en bonne forme donc on peut pas non plus attendre d'avoir 90 ans* » (Dr I).Tout simplement pour « *profiter de la vie* » (Dr E)

6.2.3 La retraite comme une coupure

Les médecins interrogés percevaient qu'une fois la décision de prendre sa retraite était prise, le changement devait être net afin de permette un nouveau départ « *on parle de retraite professionnelle donc on est dans le médical ou on n'est plus dans le médical pour moi en tout cas* » (Dr G). Ce changement pouvait même être plus radical « *le jour où je prends ma retraite je m'en vais je vends mon cabinet la maison etc. (…) on ne peut pas prendre sa retraite et rester dans le pays dans lequel on est installé c'est pas possible* » (Dr D).

6.2.4 La peur de l'inconnu ou de la désocialisation

Malgré tout, pour nos médecins, les conditions n'étaient pas réunies pour cesser leur activité. Des craintes subsistaient. Paradoxalement, alors qu'ils exprimaient leur désir de temps libre, la peur de l'ennui et de l'inactivité restait présente « *je pense qu'en retraite je m'ennuierai tout simplement* » (Dr D), « *mais bon ça rempli pas les journées » (Dr G), « ne plus rien faire c'est horrible* » (Dr I).
Il s'agissait de quitter un métier épanouissant auquel on avait consacré toute sa vie, sa passion. Laisser quelque chose qu'on connaissait pour quelque chose d'inconnu « *pour moi la peur d'être en retraite la peur du vide* » (Dr K).

On retrouvait également la crainte de la solitude « *on voit plein de monde tous les jours et du jour au lendemain on voit plus personne* » (Dr D) et de la dévalorisation « *les gens ne vous considèrent peut-être plus de la même façon* » (Dr E).

6.2.5 Le manque d'anticipation

« *Je ne m'en occupais pas du tout de ma retraite* » (Dr D). Ce verbatim est le reflet de la difficulté du médecin à se projeter vers un avenir incertain et redouté. Ils préféraient ne pas y penser « *j'ai du mal à envisager mon avenir donc je sais pas quand ni où* » (Dr L). Cette absence de préparation était révélatrice du déni de la retraite. C'était un mécanisme de défense contre la peur d'un avenir non maîtrisé. La décision de partir ne semblait pas, dans leur esprit, leur appartenir « *de toute façon quand on prévoit les choses dans la vie ça se passe jamais comme on avait prévu* » (Dr F), « *ça dépendra de comment va le vent* » (Dr G).
Le moment de partir paraissait lointain. D'autant plus qu'ils se sentaient encore en bonne santé, capables de poursuivre leur activité « *je ne me sens pas encore tout à fait au bout du rouleau physiquement et intellectuellement* » (Dr K), « *on est encore en état de travailler* » (Dr H). Cela majorait d'autant plus l'angoisse de la fin de l'activité.

L'angoisse se nourrissait de l'image positive ou négative que le médecin se faisait du retraité. C'était surtout la comparaison avec la situation des confrères en retraite, qui était utilisée.
Les points positifs étaient peu nombreux « *maintenant je vois mes collègues prendre leur retraite avoir une vie différente je les envie sur une chose une seule chose c'est le temps libre* » (Dr A).
Les points négatifs, plus spontanément évoqués. Que ce soit l'image des collègues « *qui déclinent très vite et qui sont pas bien* » (Dr D), celui qui « *devait prendre sa retraite mais qui*

a fait un accident vasculaire cérébral » (Dr E), ceux qui « *sont déprimés* » (Dr J), ils n'étaient pas toujours très rationnels.

Certains, malgré les craintes reconnues, réfutaient l'idée d'angoisse de la retraite. Ils étaient « *sereins* » (Dr B) face aux évènements à venir « *qu'est-ce que vous voulez qui m'arrive* » (Dr J).
« *L'angoisse n'est pas là* » (Dr L).

6.2.6 Pour une transition en douceur

C'était le moment, pour le médecin de regarder en arrière et faire le point sur sa carrière, sa vie de médecin « *j'ai fait mon temps j'ai eu un exercice extraordinaire sans regrets j'ai fait tout ce que je voulais faire* » (Dr J).

Les médecins interrogés déclaraient tous leur passion pour la médecine « *la médecine c'est vraiment mon dada* » (Dr B) Ils s'accomplissaient dans leur métier. Le fait qu'ils poursuivaient leur activité pour en profiter encore n'était donc pas surprenant « *ma vie est agréable ma vie de travail est agréable* » (Dr A) ou « *Je suis heureux dans ce que je fais* » (Dr C).
Refermer brutalement la page de cette vie épanouissante en effrayait plus d'un. Ils appréciaient que ce moment de transition se fasse en douceur permettant d'atténuer l'angoisse, consciente ou non, de la retraite : « *c'est que je ne suis pas prête à m'arrêter parce que bon on a fait ça pendant 40 ans s'arrêter brutalement ça fait un peu trop* » (Dr A) ou un moyen de « *ne pas arrêter complètement pour ne pas couper complètement le contact* » (Dr E).
Malgré tout, ils se réservaient la possibilité de partir brutalement, pour une raison de santé essentiellement, leur ôtant tout sentiment de culpabilité ou leurs angoisses.
« *si je tombais malade (…) je peux arrêter du jour au lendemain et ça c'est vraiment tranquille »* (Dr A) ou de transmission assurée de la patientèle « *on m'aurait dit à 65 ans je donne ma clientèle (…) voilà le 1er octobre je serais resté chez moi* » (Dr J).

6.3 Un cadre législatif rassurant

6.3.1 Un apport financier

Le coté administratif de la retraite leur paraissait rébarbatif « *ce qui me fait peur c'est aussi les démarches administratives* » (Dr E).
Avec le guide du retraité édité par la CARMF et souvent le recours à leur comptable, ils avaient une bonne connaissance du sujet et de ses subtilités « *il faut par conséquent un niveau de travail minimum pour que l'on ne perde pas d'argent* » (Dr K)
« *merci Sarko*[4] *(…) qui a autorisé effectivement le cumul* » (Dr G).
Ils avaient saisi « *une opportunité qui était offerte* » (Dr G) par les nouvelles dispositions législatives. Ils voyaient dans cette loi un moyen de se rassurer. Ils étaient de plus en plus nombreux à en bénéficier « *il y en a beaucoup qui font ça je crois* » (Dr E). Ils se justifiaient

[4] Nicolas Sarkozy, président de la République en 2004

presque de la légalité de la situation, comme si on pouvait leur reprocher « *on a la possibilité de toucher la retraite en étant en activité pourquoi je l'aurais pas fait* » (Dr I).
Ils avaient tous fait leurs calculs, « *la loi permet de travailler 50% de moins en gardant les mêmes revenus* » (Dr F). Ce dispositif était vécu comme un soulagement sur le plan des finances « *heureusement qu'on a eu la possibilité* » (Dr L). La loi Fillon leur apportait effectivement un confort financier, un amortissement de la perte de revenus « *la retraite est quand même très faible par rapport à notre travail* » (Dr B).
Ce processus atténuait des regrets, des craintes de voir sa qualité de vie se détériorer « *les retraites elles sont quand même moins importantes que ce qu'on pouvait imaginer, on pensait vendre notre clientèle* » (Dr L).
Mais l'aspect financier n'était pas la motivation première « *le but de la poursuite de mon activité de travail c'est loin d'être le côté lucratif* » (Dr K) tout en reconnaissant que « *ça fait un complément de revenu qui n'est pas négligeable* » (Dr E).

6.3.2 Un cadre d'exercice modifié

Toujours dans cette même quête de transition en douceur, les médecins retraités actifs trouvaient dans la loi « *la bonne formule* » (Dr E) pour réduire ou modifier leur activité.
Ils la qualifiaient de « *modalité d'acceptation de continuer à travailler et on a plus les même exigences* » (Dr H). Ils louaient le fait que « *ça apporte une certaine souplesse dans l'exercice* » (Dr K) et pour certains avaient profité de modifier leur mode de travail.
Plus de stagiaires, arrêt des gardes « *je ne prends plus de garde depuis que j'ai fait la demande officiellement à 65 ans* » (Dr K), « *déjà en tant que retraité on est dispensé de garde* » (Dr H), diminution des consultations, modification des horaires « *je limite mes consultations maintenant* » (Dr K) congés plus fréquents « *je me fais remplacer plus souvent j'essaie quand même un petit peu de ménager les choses* »(Dr L), travailler en association « *je me suis associée avec une jeune qui fait un jour dans la semaine* » (Dr A). Les moyens étaient nombreux pour faire un premier pas vers le changement, prémices de la retraite.

Avec l'âge, la lassitude ressentie était plus importante. La fatigue physique et morale plus difficile à surmonter « *je termine quand même les journées très fatigué quelques fois avec l'angoisse du lendemain* » mais « *tout un restant un métier difficile je préfère pour l'instant continuer à la faire* » (Dr K). La loi leur permettait d'exercer plus librement, ils faisaient des choix dans leur patientèle. Les patients indésirables étaient écartés sans scrupule « *tous les jours il y a des emmerdeurs qui sautent c'est clair que (rire) c'est clair qu'il n'y a plus de quartier ceux qu'on a supportés et supportés* » (Dr G), les nouveaux n'étaient pas acceptés « *je refuse tout nouveau patient* » (Dr H).

6.3.3 Les carences des pouvoirs publics et administratifs

Les médecins retraités actifs étaient dans l'ensemble satisfaits du dispositif mais ce procédé mettait en lumière des interrogations, des révoltes contre des pouvoirs publics n'ayant pas évalué la crise démographique « *il y 10 ou 15 ans le ministère ou la CARMF[5] je ne sais pas lequel des deux mais ils ont favorisé le départ des confères quand même* » (Dr J)
« *et pis après on a eu un numerus clausus complètement imbécile* » (Dr J)

[5] Caisse Autonome de retraite des Médecins de France

D'un point de vue éthique « *c'est scandaleux qu'on soit (…) amené à prolonger son activité* » « *on se dit est ce qu'il est moral que l'Etat nous incite à travailler pour continuer à s'occuper de nos patients à 65 ans* » (Dr J)
Le système de retraite par répartition était remis en cause « *inadmissible que l'on paye une caisse de retraite qui ne sert absolument à rien* » (Dr B). Le manque de cohérence dans le fait de continuer à payer ses cotisations pour sa retraite tout en étant retraité, sans majoration des pensions était souligné « *je paye sans avoir de droits qui suivent avec donc on travaille pour les jeunes* » (Dr G).

6.4 Le médecin retraité actif et « ses » patients

6.4.1 Une symbiose entre médecins et patients

Quand nous évoquions la patientèle, les ressentis étaient nombreux. Les médecins interrogés nous parlaient en premier lieu du fort attachement qui les liait à leurs patients « *j'y suis attaché et je dis ouvertement mes patients sans scrupules* » (Dr C) Le médecin généraliste était totalement dévoué à ses patients « *la médecine, c'est un sacerdoce* » (Dr K)

Cette relation médecin-patient était fondamentale, peut-être plus encore en médecine générale qui « *est une médecine de famille* » (Dr B). Cela impliquait un suivi intergénérationnel qui faisait toute la beauté et l'intérêt du métier.
« *C'est une médecine de famille, maintenant j'en suis en troisième génération que je vois et ça c'est formidable* » (Dr B).
« *L'intérêt de suivre toute la famille on connaît leur histoire* » (Dr D).
Il faut dire que les patients le leur rendaient bien et c'était cette fidélité et ce respect mutuel qui était appréciés « *des gens qui sont là depuis le début qui malgré leurs déménagements sont restés attachés et moi je suis aussi restée attachée à eux* » (Dr A).
Fidélité remise en question en ville « *quoiqu'en ville les patients vont un peu n'importe où (…) il suffit de prendre 15 jours de vacances et puis ils changent* » (Dr E) sans pour autant pouvoir affirmer que la spécificité de la médecine rurale « *la médecine à l'ancienne* » (Dr D) renforçait le lien entre le médecin et son patient.
Tout naturellement la considération lui renvoyant ses patients pouvait l'amener à repousser le moment de la retraite « *je n'ai pas très envie de quitter mes patients (…) les patients vont me manquer c'est sûr* » (Dr C).
Le médecin généraliste, pour créer cette relation de confiance nécessaire, se devait d'être à l'écoute de ses patients. Cela lui procurait une satisfaction personnelle susceptible de lui manquer après l'arrêt de son activité « *c'est magique d'entendre des gens parler c'est fantastique voilà donc je fais de la médecine j'écoute beaucoup les gens parler* » (Dr C).
La déception voire le sentiment de trahison était donc d'autant plus fort quand le patient n'était pas reconnaissant. Cela permettait de relativiser la relation et le risque d'une trop grande implication personnelle « *attaché on est attaché au piquet* » (Dr G).

6.4.2 Un vide sidéral pour les patients

Dans sa décision de prendre sa retraite, le médecin recevait de plein fouet l'inquiétude et le sentiment d'abandon que pouvaient ressentir ses patients « l*es patients nous le disent qu'est-ce qu'on va devenir après vous* » (Dr D).

Leur incrédulité face à cette terrible nouvelle pour eux « *vous n'allez pas partir c'est pas vrai que vous allez partir vous n'allez pas prendre votre retraite* » (Dr I).
Une pression parfois difficile à supporter « *ils sont pas vraiment abandonnés mais c'est pas évident et pis ça m'est toujours rappelé* » (Dr A).

6.4.3 Des médecins responsables du devenir de leur patientèle

De toute façon pour tous les médecins interrogés, il était impensable de partir sans avoir trouvé un successeur digne de confiance. « *je ne pouvais pas partir en laissant mes patients comme ça dans la nature* » (Dr H), *« on abandonne carrément ses patients* » (Dr H)
« *en aucun cas je ne voulais laisser ma patientèle sans médecin* » (Dr J).

On ne peut pas se contenter de fermer le cabinet, la transmission de sa patientèle est une des dernières tâches à accomplir par le médecin généraliste. Il ne pouvait partir sereinement que s'il savait que ses patients étaient entre de bonnes mains « *j'aimerais bien avoir à l'heure actuelle un successeur désigné qui me permettrait donc de passer un petit peu le flambeau et donc de faire la transmission des dossiers dans de bonnes conditions* » (Dr K).
C'était une condition sine qua none du départ en retraite, qui allait de pair avec la transmission d'une activité de toute une vie « *ça serait dommage de laisser une place qui était occupée pendant plus de presque 40 ans* » (Dr L).

Dans sa quête de son futur remplaçant, le médecin passait par plusieurs sentiments. Certains médecins pensaient facilement revendre leur patientèle et leur cabinet. Ils étaient donc surpris de la difficulté à trouver un successeur même en cédant gratuitement leur cabinet « *il n'y a pas de candidat (…) trouver un successeur c'est pas évident* » (Dr D) et regrettant la frilosité des nouveaux médecins « *les jeunes n'ont pas envie de prendre un cabinet* » (Dr A), « *malheureusement les jeunes ne sont pas pressés de s'installer* » (Dr L). Ils pointaient leur manque de motivation « *le souci qu'on a avec nos jeunes confrères c'est qu'ils veulent bien bosser un petit peu mais pas trop* » (Dr D).

En cas de découverte de la perle rare, ils s'estimaient chanceux « *j'étais déjà veinard parce que c'est pas si facile que ça* » (Dr J).
L'absence de successeur était vécue difficilement, modifiant leur date de cessation d'activité « *je pense qu'on est obligé de prolonger (…) ça devient assez dramatique* » (Dr H).
A contrario, la situation inverse était le déclic pour déclencher le processus d'acceptation de la retraite « *ça sera donc pour moi une incitation à fixer une date* » (Dr K).

6.5 D'autres facteurs influençant la décision

6.5.1 La situation démographique de leur territoire

Avant de partir, le médecin généraliste libéral prenait en considération l'impact de son départ pour son environnement dans le contexte actuel d'une baisse de la démographie médicale « *on est ici dans une situation où on manque de médecins* » (Dr I). Après l'inquiétude des patients, il pouvait recevoir également celle du pharmacien « l*a plus angoissée, c'est la pharmacienne parce qu'elle se dit quand il n'y aura plus de médecins (…) elle me supplie de ne pas prendre ma retraite tout de suite* » (Dr E).

Ils regrettaient la désaffection pour la médecine rurale « *la médecine de campagne c'est dommage que ce soit délaissé* » (Dr D) et les campagnes en général « *il y a de moins en moins de services* » (Dr E). Ils se faisaient alors les ambassadeurs de leur région « *c'est un territoire assez agréable quand même* » (Dr L).

6.5.2 Solidarité avec les confrères

Ils subissaient également le départ des médecins non remplacés « *onze médecins qui sont partis de cette ville qui n'ont pas été remplacés* » (Dr B). Ils décidaient donc de prolonger « *j'ai pas voulu quand même (…) bien que je puisse prendre ma retraite m'arrêter et encore infliger ça à mes confrères parce qu'on est tous débordé* » (Dr H).

6.5.3 Manque d'investissement des élus à tous les échelons

Au plan national, « *c'est l'incurie de l'état qui a géré le problème démographique d'une façon absolument éhontée (…) ils ont favorisé le départ des confrères quand même et puis on a un numerus clausus totalement imbécile* » (Dr J) qui était remis en cause. Mais également son inaction « *il y a de moins en moins de médecins généralistes et il y en aura de moins en moins si l'Etat ne fait rien c'est quand même très important, ça n'incite pas les jeunes* » (Dr B).
A l'échelle locale, les mairies n'étaient pas épargnées par les critiques. Alors, oui « *les autorités municipales s'inquiètent* » (Dr D) mais « *il faudrait que le maire se bouge une peu (…) je trouve que les communes ne s'investissent pas assez* » (Dr E).

6.6 Les évolutions de la médecine

6.6.1 Une médecine plus facile à exercer

L'exercice de la médecine actuellement était ressenti comme plus simple. Que ce soit grâce aux nouvelles technologies « *les moyens que vous avez les moyens techniques aussi on va parler vous avez les scanners les IRM*[6] *tout ça que vous pouvez faire tandis qu'avant moi j'ai connu l'échographie* » (Dr B) ou à une modification du rythme de travail « *ça a quand même évolué la médecine j'ai commencé on était de garde un jour sur deux en semaine* » (Dr L).

6.6.2 Éducation de la patientèle

Ils déclaraient que les patients sont mieux éduqués, il y a moins de visites inutiles « *éduquer les gens parce qu'il y a 30 ans bon ils faisaient déplacer pour n'importe quoi (…) si on laisse faire n'importe quoi autrefois les médecins faisaient n'importe quoi laissaient faire* » (Dr E) « *avant parce qu'avant les gens avaient l'habitude de nous appeler donc on est à domicile parce que pour un rien* » (Dr B).

[6] Imagerie par Résonance Magnétique

6.6.3 Travail en groupe

Ils appréciaient et faisait la promotion de l'association et de la collaboration « *c'est bien de travailler à deux (…) d'être en association aussi c'est ce que je conseille aux jeunes* » (Dr B) « *travailler tout seul c'est pas évident* » (Dr D).
La maison médicale permettait une qualité de vie et de travail agréable « *une maison de santé qu'on a construit (…) ça va faire 8 ans maintenant qu'on y est c'est une qualité de vie et de travail que j'avais pas connue* » (Dr J), tout en relativisant « *c'est pas la maison médicale qui résout tout* » (Dr D).

6.6.4 Les craintes pour l'avenir

Globalement satisfaits du virage pris par la médecine libérale, ils voyaient d'un mauvais œil l'arrivée du tiers payant généralisé, qui pourrait leur faire accélérer leur décision de partir « *alors ça je dis j'arrêterai là si on est obligé de l'appliquer* » (Dr E) essentiellement pour des questions administratives « *ça fait trop de paperasse on a l'impression de faire plus d'administratif que de médecine* » (Dr E).
Mais aussi car la rémunération par le patient donnait une valeur à la consultation « *le fait qu'il y ait un argent je pense qu'il y a une considération quand même* » (Dr L).
Cependant ils sentaient bien que « *c'est dans l'air du temps et un jour ou l'autre il faudra bien que les médecins comme les pharmacies soient au tiers payants* » (Dr K).

Ils redoutaient en fait ce qui pourrait se cacher derrière une telle mesure : la fin d'une médecine libérale « *on sera intégralement pieds et poings liés par les caisses d'assurances et la caisse de sécurité sociale (… je plains mes successeurs* » (Dr K).
La crainte était alors de dépendre d'un organisme payeur « *on sera vraiment salarié et réduit au bon vouloir des caisses* » (Dr K) tout en reconnaissant que « *la rémunération du médecin généraliste à l'acte me paraît là aussi devenir progressivement obsolète* » (Dr K)
Le doute était là «*on va doucement vers une médecine salariée (…) je ne sais pas comment ça va se passer* » (Dr L)

7 Discussion

7.1 La retraite ou l'anticipation d'un avenir douloureux

La retraite est définie comme l'action de se retirer de la vie active. Le temps de la retraite, l'une des principales transitions de la vie représente donc la période de l'inactivité dans le découpage ternaire du cycle de la vie : formation, production, repos
Elle est globalement conçue positivement comme une phase synonyme de loisirs, de liberté (5).
Elle est ressentie comme un soulagement par une majorité des individus (6), avec une aspiration à prendre leur retraite au plus tôt (7), deux retraités sur trois estimant être partis au bon moment. Le passage à la retraite n'est considéré rétrospectivement de manière négative que pour 9% des retraités (8).

Parmi les insatisfaits, E. Crenner (9) décrit une classe qui s'identifie fortement au travail et rejetant le statut social actuel de retraité. Leur statut social est fortement défini par leur profession (exploitants agricoles, artisans et professions libérales). Tout comme les médecins de notre étude, ils n'ont pas encore fait le deuil de leur activité. Ils regrettent leur travail et reculent l'âge de la cessation d'activité, utilisant comme alibi la crise démographique.
L'étude de la CNAV[7](10) en 2007 sur les comportements de départ en retraite nous confirme qu'elle est redoutée chez les personnes ayant le travail comme valeur fondamentale. Les personnes satisfaites de leurs conditions de travail, comme les cadres, les chefs d'entreprise craignent surtout l'ennui intellectuel et les changements dans leurs occupations au quotidien, des peurs verbalisées au cours des entretiens avec les médecins généralistes retraités-actifs.

La retraite n'est plus l'âge auquel le travail est illégitime (11) et poursuivre une activité professionnelle est une pratique qui se répand. En France, elle a été favorisée par l'assouplissement des conditions du cumul emploi-retraite en 2009 (12)(13). Les politiques publiques, depuis 2000, font la promotion de l'emploi des seniors, diminuent les dispositifs de cessation anticipée d'activité (14). L'idée de retraite–activité se développe actuellement (15), avec plusieurs motivations : rester dans le monde du travail, améliorer le niveau financier…. Ces raisons sont retrouvées au sein de notre population de médecins généralistes pour justifier leur statut de retraité-actif.
Néanmoins, la poursuite d'activité est soumise à certaines conditions : effort physique moindre, aménagement des horaires, autonomie dans la gestion professionnelle (16), des résultats conformes aux revendications des médecins de notre enquête. Ces aménagements seront moins faciles à mettre en place pour d'autres professions salariées ou libérales.
Parmi les professions libérales, la part des médecins est majeure (17), dont presque 50% de généralistes (1). Leur population est en constante augmentation, mis en lumière par un focus dans l'Atlas de la démographie médicale en 2013 (18).

Le passage de la vie active à la retraite peut être un moment plus ou moins bien vécu en fonction des représentations et des attentes de chacun. Selon Arbuz (19), il semblerait que si cette transition se passe de manière hostile, les futurs retraités manqueraient d'anticipation. Ils éprouveraient des difficultés à faire le deuil d'un milieu social, d'une manière de vivre et d'une organisation de leur temps, des notions exposées par les médecins dans notre travail.
Cette transition est source de confusion, elle engendre selon C. Charlap l'anomie (20) : elle désocialise, désorganise et désintègre l'individu en le privant de ses repères.
Le travail est un des socles de la valorisation de soi, le quitter c'est aussi entrer dans la vieillesse. Plus que l'angoisse de la retraite, ou le manque de préparation, cette enquête permet d'étudier le mécanisme d'anticipation de cet avenir redouté par les médecins généralistes.

Cette anticipation fait défaut dans notre population. La peur de l'ennui, l'inactivité, la solitude, la désocialisation et la dévalorisation, voilà les thèmes évoqués par les médecins lors de l'étude que nous avons réalisée. Ils ont peur de vieillir.

[7] Caisse Nationale Assurance Vieillesse

Les médecins interrogés ont décidé de poursuivre leur activité alors qu'ils avaient la possibilité légale de prendre leur retraite. Tout l'enjeu pour eux est d'être acteur de la décision, afin de s'engager dans le processus d'acceptation de ce moment douloureux.
Pour certains médecins, la retraite est vue comme une mort sociale, concept développé par A.M Guillemard (21) et qui tend à laisser la place à la retraite solidaire.

Par sa définition, l'anticipation permet de réunir les sentiments exprimés par les médecins consultés. Elle est l'incorporation complexe d'éléments irrationnels, mis en évidence dans notre étude, la présence de désirs, d'espoirs, de craintes, d'aspiration vers un idéal.
Elle permet le désir mais aussi le doute, éclairés par des images symboles positives ou négatives (22). Nos médecins ont une image de la retraite globalement négative. Elle est fortement influencée par les parcours personnels mais aussi par l'image des confrères à la retraite, du retraité dans la société et de la peur de la dépendance.
Car des désirs, des projets, pour la retraite, nos médecins n'en manquent pas. Entre activités de loisirs, culturelles, voyages, temps libre, temps pour la famille, les occupations sont toutes trouvées. Nous sommes dans des attitudes ambiguës de la part des médecins interrogés avec des projections positives et négatives vers l'avenir.

Pour anticiper sa retraite, il ne faut pas se contenter de la préparer, la préparation marquant un arrêt alors que l'anticipation ne se conçoit que dans la notion de mouvement. Attendre sa retraite c'est être immobile et donc sortir de la conduite anticipatrice nécessitant une propulsion vers l'avenir, participant selon Bergson (23) à « l'élan vital ». Notre population n'est pas dans l'attente mais, accaparés par leur activité professionnelle, une forme d'immobilisme, les médecins en oublient de réfléchir à leur avenir personnel et au devenir de leur patientèle, traduisant un manque d'anticipation.

Le choix de poursuivre son activité, comme la loi le permet, peut apparaître comme une solution de facilité, un certain immobilisme.
La loi rassure en permettant des modifications de l'exercice, ressenti comme moins stressant, tout en gardant un certain confort financier. Les médecins interrogés, même s'ils ne la négligent, ne font pas de la question financière une priorité. M. Arliaud observe à ce propos la « capacité d'une profession marquée du sceau de l'intérêt économique, de symboliser par ailleurs, et plus que toute autre, l'image du désintéressement » (24) Parfois gênés, ils parlent même d'argent facile au sujet de ce cumul. Ils vont à contre-courant du reste des retraités actifs qui déclarent pour la moitié d'entre eux poursuivre principalement car leur retraite ne leur suffisait pas pour vivre (25).
Cela reflète en fait une conduite d'anticipation négative. Adopter un projet différent de la fin d'activité est une diversion permettant de masquer l'échec de l'anticipation. C'est un renoncement, une fuite, utilisés par nos médecins comme moyens de défense contre l'imprévu, l'inconnu.

Pour M. Berta, face à un changement, une personne vit une confusion « je refuse actuellement d'être celui que je suis ». Les médecins interrogés refusent de se considérer comme retraités alors qu'ils le sont, au moins sur le plan administratif. Ils s'estiment bien informés des dispositifs existants grâce entre autre au guide la CARMF (26) ou encore leur

comptable. C'est aussi l'une de conclusions de l'étude de la DRESS[8] sur les motivations de départ (27).

L'anticipation laisse également une place importante à l'inconscient. Les médecins rencontrés adoptent une conduite anticipatrice guidée majoritairement par les aspects négatifs de la retraite. Un optimisme exagéré est parfois un des freins à l'anticipation menant à la négation de problèmes graves concernant sa santé ou son âge. Selon Neugarten (28), chacun anticipe sa vie en situant les évènements à venir à des âges auxquels il paraît souhaitable et acceptable qu'ils se produisent. Si leurs patients savent leur rappeler leur âge réel, certains des médecins interrogés attendent inconsciemment que leur âge subjectif corresponde à leur calendrier intime et ils conditionnent leur arrêt d'activité anticipé à un problème de santé.

La transition vers la retraite est moins difficile si elle se passe en douceur. L'enquête réalisée permet de le mettre en évidence, notion retrouvée aussi dans l'étude conjointe de la CARMF et la FARA[9], en 2014 auprès des médecins cumulant retraite et activité libérale. Interrogés sur leur motivation à poursuivre, ils évoquent l'attachement à la médecine et à la patientèle puis la volonté de cesser progressivement leur activité dans de bonnes conditions et d'aborder la retraite en douceur (29). L'aspect financier, est cité en troisième position.
Dans notre étude, l'argent n'est pas un des facteurs déterminants de la prise de décision de prendre sa retraite.

La loi Fillon leur offre la possibilité de partir à leur rythme, le temps de poursuivre leur processus d'anticipation de la retraite. Car malgré sa nécessité de mouvement, l'anticipation admet un délai.

7.2 La retraite et l'anticipation de l'avenir de sa patientèle

J. Sutter (30) distingue quatre niveaux d'anticipation intégrant le délai, « un renoncement à une satisfaction immédiate consenti s'il peut faire disparaître un risque ou permettre un plaisir plus grand », le sacrifice, et le dépassement de soi qui fait passer autrui avant ses propres intérêts. Dans notre étude, l'idée de rester pour ne pas abandonner ses patients malgré l'envie de partir est clairement évoquée.

La WONCA[10] définit la médecine générale avec une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires (31). Cette dimension de prise en charge globale de leurs patients est constatée dans notre enquête décrite comme un véritable sacerdoce par les médecins. Ils peuvent ressentir la cessation d'activité comme une perte de l'enrichissement (32), de l'épanouissement leur procurant la relation avec leurs patients.

[8] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques
[9] Fédération des Associations Régionales des Allocataires de la CARMF
[10] World Organization of National Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Le respect, la confiance, la fidélité du patient envers son généraliste sont toujours d'actualité et bien verbalisés dans notre enquête. Il reste le confident, apprécié et valorisé par la population (33), pour sa capacité à mettre à l'aise et à connaître parfaitement le patient sur le plan médical et personnel (34).
Son expérience, son écoute sont autant recherchées que ses compétences. La relation évolue actuellement vers une relation de partenariat et non plus paternaliste (35), encore présente parmi les médecins interrogés.

L'angoisse la plus forte ressentie et exprimée par les médecins interrogés, concerne l'avenir de leurs patients. Le médecin libéral n'est pas seul au moment de prendre sa retraite. Le patient prend une part prépondérante ; il a sa place dans le mécanisme d'anticipation et ne doit pas s'y trouver en qualité de figurant mais de partenaire. Laisser leurs patients sans médecins est symboliquement identifié par ces derniers comme un grand interdit, arrêtant leur processus d'anticipation de la retraite. En effet, savoir la continuité des soins assurée pour leurs patients est la force nécessaire qui les propulse vers l'acceptation sereine de la retraite. Parfois c'est le déclic du départ à la retraite.
Le médecin a envers ses patients des devoirs inscrits dans le code de la déontologie médicale, notamment celui d'avertir ses patients de son départ (36), permettant d'assurer la continuité des soins.

Le CNOM par la voix du Dr Faroudja rappelle aussi qu'« *il peut aussi être opportun et élégant de prévenir les confrères exerçant à proximité* » (37). La notion de solidarité envers eux n'est pas un vain mot. Dans un contexte de baisse de la démographie médicale (38) n'incitant pas au départ, les médecins reçoivent une attente sociale de la part de la population et des mairies. La poursuite de leur activité renforce leur sentiment d'utilité défini par Géraldine Bloy sous le terme de vieillissement actif (39).
Les professions qualifiées et valorisantes, la médecine entre autre, aspirent à se sentir utiles et rester dynamiques longtemps. La sagesse et l'expérience dues à l'âge sont des qualités reconnues en médecine générale. Elle les nomme « *les papys docteurs résistant à la retraite* ».

La transition vers la retraite sera d'autant plus aisée que la transmission est réussie. Elle laisse le sentiment d'exister pour S. Baillauquès-Breuse, (40) et permet à celui qui transmet de rester dans une dynamique d'apprentissage (41) et d'accomplir son devoir envers les patients.
A travers les différents discours apparaît le besoin voire la nécessité pour le médecin de laisser « quelque chose » de lui auprès des patients. Derrière l'inquiétude du devenir de la patientèle se cache peut-être le besoin de singularité, de transmission identitaire et professionnelle.

Pour les médecins interrogés, cette transmission est délicate car ils doivent composer avec le manque d'anticipation des pouvoirs publics n'ayant pas su gérer le numérus clausus, le vieillissement de la population et l'émergence des maladies chroniques. Ils ressentent colère, désarroi, déception face à la situation et regrettent le manque d'investissement des collectivités locales et des autorités nationales pour faciliter cette succession.
Ils doivent prendre en compte également les aspirations des jeunes confrères parfois éloignées de leur vision du métier mais en conformité avec l'évolution sociétale.

La nouvelle génération est décrite comme peu motivée à s'installer par les médecins rencontrés. Mais ils légitiment les attentes des jeunes à une meilleure qualité de vie et un confort dans le travail : horaires moins lourds, secrétariat, maison de santé pluridisciplinaires (MSP). Ces notions sont décrites dans différents travaux concernant les perspectives de transmission des cabinets de médecine générale (42).

7.3 Les perspectives d'avenir

Les pistes évoquées sont de nature à aider à mieux appréhender la fin d'activité, favoriser la transmission du cabinet dans les meilleures conditions, plus qu'à poursuivre une activité libérale en tant que retraité.

Le compagnonnage (43) permettrait cette transition en douceur. L'idée est de développer les relations entre les médecins sexagénaires ou retraités-actifs et les jeunes médecins. Cette démarche apporte de la confiance aux médecins sur le départ, un accompagnement pour les jeunes et de la sérénité pour les patients (44). Les nouvelles installations se feraient dans le cadre d'un partenariat (45).
La DREES (46) soumettait l'idée d'un aménagement du paiement à l'acte en fin de carrière pour permettre la modification des rythmes de travail sans subir une baisse trop importante des revenus. L'idée d'apporter une rémunération spécifique (47) en fin de carrière pourrait être à développer comme aide à la projection vers la retraite.
La nouvelle convention nationale des médecins, signée par la CNAM mais non encore agrée par le gouvernement, a repris ces mesures en zones déficitaires en valorisant de 10% les actes des médecins de plus de 60 ans dans le cadre d'une association avec un futur collaborateur ou associé.

Le Pacte de territoire Santé (48) en son premier engagement incite et facilite les stages en médecine générale, appréciés (49) des étudiants. Le maître de stage universitaire joue un rôle majeur dans la transmission de savoirs professionnels à des jeunes confrères mais aussi de les motiver à embrasser un exercice libéral.
Renforcer sa place dans la formation des jeunes, encourager la transmission, faire de la succession une question collective, notions proposées par la DREES dans son étude sur la cessation d'activité des médecins généralistes libéraux (50).

L'amélioration des conditions de travail en favorisant le regroupement des professionnels de santé est un des engament du Pacte Territoire Santé (48). Elle a pour but de créer des conditions attractives d'installation pour les jeunes médecins. Les médecins interrogés encouragent également le regroupement comme les médecins en général (51).
C'est aussi le moyen pour les médecins de mettre leur cabinet aux normes d'accessibilité (52) et donc de le rendre plus attractif.

7.4 Les limites de l'étude

Cette étude a été réalisée en collaboration avec des étudiantes en psychologie, la gestion des entretiens demandant une grande expérience tout comme leur analyse et leur interprétation. Il peut exister un écart entre le discours d'un individu sur ses pratiques et la réalité des pratiques décrites, et le contexte dans lequel se déroule une enquête (53).

Conclusion

Les médecins interrogés sont satisfaits du confort que leur offre la loi Fillon dans leur exercice. Elle leur permet, par le temps qu'elle accorde, de mieux vivre leur transition vers la retraite, un moment si redouté. Les aides à la cessation d'activité et à la succession doivent donc être renforcées et améliorées. La notion de transmission de la patientèle en l'absence de cas de force majeure pourrait faire l'objet d'un nouvel article du code de déontologie médicale afin d'éviter à des patients de se retrouver du jour au lendemain sans médecin traitant.

8 Perspectives

Cette enquête avait pour but d'étudier une population en pleine accroissement les retraités actifs en nous concentrant sur les médecins généralistes poursuivant une activité libérale.
Le nombre de médecins interrogés aurait pu être plus important mais le but d'une étude qualitative est d'obtenir une saturation des données que nous avons obtenu. De plus, le temps était contraint par le travail de mémoire de master 1 des deux étudiantes en psychologie.
Par contre, interroger des médecins déjà retraités, ou encore des médecins salariés ou hospitaliers bénéficiant du cumul emploi-retraite aurait pu amener un point de comparaison intéressant sur le ressenti de la retraite.

Les médecins contactés ont participé avec enthousiasme à l'étude. Malgré tout, la décision de cesser son activité professionnelle reste intime. Les quelques refus concernaient une peur du non-respect de l'anonymat mais également la crainte de se faire « psychanalyser » à l'évocation de la collaboration avec des étudiantes en psychologie.

C'est pourtant cette collaboration qui fait un des intérêts de cette étude. D'un point de vue personnel, cela m'a permis de me former et de me familiariser avec la technique des entretiens semi-dirigés. Les médecins furent interviewés par les étudiantes en psychologie avec moins de connaissance et d'a priori sur le métier que moi-même, futur confrère. L'analyse thématique des entretiens nécessite également une grande expérience. La collaboration de Mme Batt a permis un enrichissement de ce travail : l'aborder sous l'angle de l'anticipation, ce qui fait la pertinence de cette étude.

Sur le plan de la démographie médicale, les effectifs des médecins en cumul emploi-retraite ne va cesser d'augmenter dans les années à venir. La médecine générale en Lorraine connaît une baisse constante de ses effectifs. Plus d'un quart des médecins généralistes lorrains devrait partir à la retraite dans les 5 ans. En Moselle, près de 30% des médecins généralistes ont plus de 60 ans.
Les pistes apportées par l'étude comme le compagnonnage, le regroupement ont pour but de favoriser la transmission du savoir, du cabinet, des patients. C'est ce qui ressort de l'étude quant aux attentes des médecins.
Les médecins en fin de carrière accepteront-ils de s'impliquer davantage dans la formation, ou de déménager pour rejoindre une MSP? Les jeunes médecins en quête d'installation vont-ils trouver dans ces nouvelles conditions des incitations à l'installation ? Sont-ils prêts à collaborer avec un médecin de plus de 60 ans, installé seul, afin de lui succéder ?

9 Résumé

Introduction : Les médecins retraités actifs représentent 20% des médecins retraités. C'est un phénomène récent connaissant une croissance exponentielle en relation avec la crise démographique et la réforme des retraites qui favorise le cumul retraite-activité.
L'objectif de cette étude était de connaitre le ressenti des médecins généralistes retraités actifs en Lorraine : leurs motivations et les facteurs ayant pu influer sur leur décision de poursuivre leur activité, et leurs interrogations quant à l'avenir de leur cabinet.
Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée entre mai et juillet 2015 auprès de 12 médecins généralistes lorrains, hommes et femmes, exerçant en milieu rural ou urbain. Une analyse par codage a été faite par des médecins et des psychologues.
Résultats : Les médecins retraités actifs expriment des sentiments ambigus concernant la retraite, entre angoisse et espoir. Leurs représentations de la retraite sont influencées par leur parcours de vie et leur environnement. Ils sont préoccupés par l'avenir de leur patientèle souhaitant réussir leur transmission avant de partir sereinement.
Discussion : Les médecins retraités actifs ont besoin de temps afin de terminer leur processus d'anticipation de la retraite. Les modifications législatives leur octroient ce temps, les confortant dans un certain immobilisme (poursuite de leur activité). Les aides humaines et financières à la transmission des cabinets de médecine générale doivent être renforcées pour accompagner au mieux les médecins et leurs patientèles.

Introduction : Retired Working doctors represent 20 % of retired physicians. This is a recent phenomenon experiencing exponential growth in relation with the demographic crisis and pension reform favoring the retirement business combination. The objective of this study was to know the feeling of their status Active Retired general practitioners in Lorraine : their motivations and factors that may have influenced their decision to continue their business and their questions about the future of their office.
Methods: A qualitative study with semi structured interviews among 12 GPs Lorraine , men and women working in rural and urban areas, was conducted from May to July 2015. A coding analysis was done by doctors and psychologists.
Results : Active Retired doctors have mixed feelings about retirement, between fear and hope. Their representations of retirement are influenced by their life course and their environment. They are concerned about the future of their patient base wishing successful transmission before leaving peacefully.
Discussion: Active Retired doctors need time to complete their retirement anticipation process. The legislative changes granting them this time , consolidating them into a standstill (continued their activity). Human and financial aid to the transmission of medical cabinet must be strengthened to provide the best support physicians and their patient base.

Mots-clés : retraite, médecin généraliste, anticipation, transmission, étude qualitative,
Keywords : retirement, general practitioner, anticipation, transmission, qualitative study

Bibliographie

1. Atlas de la démographie médicale 2016 (cité le 2 sept 2016) https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
2. Bridges W. Transitions: Making Sense of Life's Changes. Addison-Wesley; 1980
3. Roberge M. Tant d'hiver au cœur du changement ; essai sur la nature des transitions Collection libre cours Septembre, 1998, 176 pages
4. POUPARTD, D. (2010). La retraite, une transition de taille. *Le journal des psychologues, 282*, 42-46
5. Monnier A. Les limites de la vie active et la retraite. II. Les conditions du passage à la retraite : réalités et projets. In: *Population*, 35e année, n°1, 1980. pp. 109-136 Disponible sur http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1980_num_35_1_18197
6. Blanchet D., Pollet P., Debrand T., Dourgnon P. L'enquête SHARE : présentation et premiers résultats de l'édition française, Retraite et société 1/2006 .no 47) , p. 109-135
7. Berteau-Rapin C. & Mette C. Les motivations de départ en retraite Etude, Recherche, et Statistiques de la Caisse Nationale Assurance Viellesse, N°2 mars 2008
8. Crenner E. Etre retraité : tourner la page du travail INSEE n°79-juillet 2004
9. Crenner E. Etre retraité : quelle identité après le travail INSEE Economie et statistiques n°393, 2006
10. Les comportements de départ à la retraite CNAV, Direction des recherches sur le vieillissement, Direction de la prospective et de la coordination des études CNAV - DRV-DPCE n° 2007 – 084 – septembre 2007
11. GUILLEMARD A.-M. (1986). Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse Revue Française de sociologie, 1987, 28-2 p 346-348
12. Le cumul emploi-retraite Ministère des Affaires sociales de la Santé et de légalité des femmes Loi de réformes des retraites Circulaire interministérielle DSS/3A/2014/347 du 29 décembre 2014
13. Govillot S. le passage de l'emploi à la retraite : travailler pendant sa retraite , une situation qui se développe INSEE n°1449 – juin 2013
14. Daniel C , Esclous L., Romaneix F.; Evaluation du cumul emploi retraite tome 2 IGAS juin 2012
15. Caradec V, « Retraite « à la carte » et « libre choix » individuel. Réflexion sur les transformations contemporaines de la retraite », Gérontologie et société 4/2009 n° 131
16. Aouici S., Carillon S., Mette C., « Choisir l'âge de sa retraite : un arbitrage lié aux contextes économiques et professionnels », *Retraite et société* 2/2008 (n° 54) , p. 190-209 URL : www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2008-2-page-190.htm
17. Forichen E Le cumul emploi-retraite parmi les professions libérales enquête COR, mars 2016
18. l'Atlas de la démographie médicale en 2013 (cité 3 sept 2016) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf
19. ARBUZ, G. (2013). Le départ à la retraite : perceptions et accompagnement. Retraite et Société, 65, 168-178

20. Charlap C : Le passage à la retraite au début du XXe siècle, une analyse sociologique de ses conséquences psychosociales chez les cadres Recherche effectuée dans le cadre d'une convention conclue entre l'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) et la CFE-CGC Novembre 2008
21. Guillemard A-M. De la retraite mort sociale à la retraite solidaire. La retraite une mort sociale (1972) revisitée trente ans après», *Gérontologie et société* 3/2002 (n° 102) , p. 53-66
URL : www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-3-page-53.htm.
DOI : 10.3917/gs.102.0053.
22. Benoit J.C .Pratiques anticipatrices en psychothérapie Pratiques psychologiques, Paris 2001-1,
23. Bergson H. L'évolution créatrice 1907
24. Degenne A. Arliaud M. Les médecins. In: Revue française de sociologie, 1988, 29-4. Sociabilité et action collective. pp. 702-704.www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1988_num_29_4_2558
25. Govillot S. le passage de l'emploi à la retraite : travailler pendant sa retraite, une situation qui se développe INSEE n°1449 – juin 2013
26. Guide de la CARMF : comment préparer sa retraite + le guide du cumul emploi retraite http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/guide-du-cumul.pdf http://www.carmf.fr/doc/documents/guides/preparer-sa-retraite.pdf
27. Barthélémy N.(DREES), Manache M. (DSS), Benallah S. (CNAV).Les motivations de départ à la retraite : stabilité entre 2010 et 2012. Etude DRESS N°838 avril 2013
28. Neugarten B. The Meanings of Age, Chicago, Chicago University Press. 1996
29. Informations de la CARMF. N°62 – décembre 2014. P 36 à 39
30. Sutter J. L'anticipation : psychologie et psychopathologie Psychiatrie Ouverte 1990
31. Définition de la médecine générale-médecine de famille WONCAwww.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-–-medecine-de-famille
32. Lepicard C. Bilan de vie professionnelle des généralistes à la retraite en Ille-et-Vilaine Enquête par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes retraités Thèse Med Université de Rennes 1, 2013 2013REN1M091
33. Corre S. Représentation du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de généraliste. Etude qualitative auprès d'une population Lorraine Thèse Med Université de Lorraine 2013 http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_CORRE_STEVEN.pdf consulté le 2 décembre 2016
34. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007 Thèse Med Université de Lorraine 2009
35. Dediane MC Attente et perception de la qualité de relation médecin malade par les patients en médecine générale Thèse Med Université de Grenoble 2001
36. Code de la déontologie médicale article 47 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf consulté le 2 décembre 2016
37. Des clés pour préparer sa cessation d'activité Le bulletin de l'Ordre national des médecins n°44 mai-juin 2016 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/2016-06-28/master/sources/projet/MEDECINS%2D44.pdf consulté le 2 décembre 2016
38. Attal-Toubert K. Vandershelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales DREES n°679-février 2009

39. Bloy G. et Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale, Rennes, Presses de l'EHESP, 2010, 424 p
40. Baillauques-Breuse S. Quand la retraite sonne. Le journal des psychologues. n°282 2009
41. Boboc A, Metzger JL. Transmettre autour de la retraite. Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles. Paris, France. Juillet 2012
42. Tenoux F. Perspectives de transmission des cabinets de médecine générale résultats d'une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de 55 ans et plus dans le Vaucluse. Thèse Med. Université Aix-Marseille. 2012
43. code de déontologie médicale article 68-1
44. Samorinha G. Etude qualitative en médecine générales des déterminants de changements professionnel lors de la retraite d'activité libérale. Thèse Med. Université de Montpelier. 2013
45. Gardais J. Cessation d'activité : représentations et vécus des médecins généralistes enquête qualitative auprès de médecins généralistes lorrains en activité de plus de 55 ans Thèse Med. Université de Lorraine. 2012
46. Blandin O. Cabé M.H. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux Tome 2 Série Etudes et Recherches. n°77-mars 2008
47. Page E. Les médecins généralistes de plus de 65 ans. Thèse Med. Université de Picardie. 2013
48. Pacte Territoire Santé, Lutter conte les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/_Pacte_Territoire_Sante_-_Bilan_en_Lorraine-Juin2014.pdf
49. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales 1/2005(n°1), p.101-125
50. Vega A. Cabé M.H. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. Tome 1. Dossiers Solidarité et Santé n°6. 2008
51. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé. Septembre 2010;(157). Disponible sur : http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf consulté le 2 décembre 2016
52. Les locaux des professionnels de santé : réussir l'accessibilité : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Reussir_accessibilite_0.pdf
53. *Mahé A.* Les méthodes qualitatives. Revue numériques Enssib - *février 2002*

10 Annexes

10.1 Tableau 1 : grille d'entretien

Question initiale : Vous êtes médecin généraliste. Vous auriez pu prendre votre retraite mais vous continuez à travailler. Pouvez-vous nous dire quelles sont vos motivations ? Thèmes à aborder : - Représentation de la retraite - Facteurs + acteurs influençant leur choix / décision (aspect financier, statut de médecin,) - Entourage + famille (vie de couple, enfants) - Parcours professionnel / mode d'exercice - Relation avec la patientèle - Appréhensions face à la retraite - Activités en dehors de l'activité professionnelle

10.2 Tableau 2 : Population étudiée

Nom	**sexe**	**âge**	**Lieu d'exercice**	**Année d'installation**	**Année de la retraite**	**Type d'exercice**	**Statut marital enfant**	**Autre activité médicale**
Docteur A	F	69 ans	urbain	1975	01/01/2012	Seule	Divorcée 1 enfant	non
Docteur B	M	66 ans	Semi-rural	1977	01/01/2015	Associé	Marié 2 enfants	non
Docteur C	M	65 ans	Urbain	1977	20/04/2015	Associé	Marié 4 enfants	Expertise Permis de conduire EHPAD
Docteur D	M	69 ans	Rural	1975	01/01/2014	Seul	Veuf 2 enfants	EHPAD
Docteur E	F	66 ans	Semi-rural	1978	01/01/2012	Seule	Mariée 2 enfants	Contrôle arrêt de travail
Docteur F	M	66 ans	Urbain	1978	01/01/2013	Seul	Marié 1 enfant	non
Docteur G	M	67 ans	Urbain	1977	01/01/2013	associé	Marié 4 enfants	non
Docteur H	M	65 ans	Urbain	1979	07 /2014	associé	Marié 3 enfants	non
Docteur I	F	66 ans	Semi-rural	1977	01/01/2014	Seul	Célibataire Pas d'enfant	non
Docteur J	M	65 ans	Rural	1979	01/01/2014	Associé	Marié 2 enfants	non
Docteur K	M	66 ans	Semi-rural	1977	01/01/2014	Associé	Marié 2 enfants	IME
Docteur L	M	66 ans	Rural	1977	01/01/2013	Associé	Marié 3 enfants	Résidence pour aveugles

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

2016

VU

NANCY, le 02 décembre 2016
Le Président de Thèse

Professeur Jean-Marc BOIVIN

NANCY, le 02 décembre 2016
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9393

NANCY, le 6 décembre 2016

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Les médecins retraités actifs représentent 20% des médecins retraités. C'est un phénomène récent connaissant une croissance exponentielle en relation avec la crise démographique et la réforme des retraites qui favorise le cumul retraite-activité.
L'objectif de cette étude était de connaitre le ressenti des médecins généralistes retraités actifs en Lorraine : leurs motivations et les facteurs ayant pu influer sur leur décision de poursuivre leur activité, et leurs interrogations quant à l'avenir de leur cabinet.
Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés a été réalisée entre mai et juillet 2015 auprès de 12 médecins généralistes lorrains, hommes et femmes, exerçant en milieu rural ou urbain. Une analyse par codage a été faite par des médecins et des psychologues.
Résultats : Les médecins retraités actifs expriment des sentiments ambigus concernant la retraite, entre angoisse et espoir. Leurs représentations de la retraite sont influencées par leur parcours de vie et leur environnement. Ils sont préoccupés par l'avenir de leur patientèle souhaitant réussir leur transmission avant de partir sereinement.
Discussion : Les médecins retraités actifs ont besoin de temps afin de terminer leur processus d'anticipation de la retraite. Les modifications législatives leur octroient ce temps, les confortant dans un certain immobilisme (poursuite de leur activité). Les aides humaines et financières à la transmission des cabinets de médecine générale doivent être renforcées pour accompagner au mieux les médecins et leurs patientèles.

TITRE EN ANGLAIS :

« So, Doctor, when do you retire ? »
A qualitative study with semi structured interviews among active retired GP's from Lorraine

THÈSE DE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : **:** retraite, médecin généraliste, anticipation, transmission, étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex