

Janvier 2016

**Enquête qualitative
relative aux déterminants
des choix d'installation
des médecins
anesthésistes bretons**

Etude soutenue financièrement par
l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Enquête qualitative relative aux déterminants des choix d'installation des médecins anesthésistes bretons

Etude soutenue financièrement par
l'Agence Régionale de Santé Bretagne

Philippe CLAPPIER, Directeur adjoint

Avec l'appui d'expertise du Docteur Christine PIETTE,
Icône Médiation Santé*

et l'aide de Madame Karima HAMMAS, Interne de
santé publique pour l'organisation des entretiens

Janvier 2016

* Icône Médiation Santé - 4 allée René Hirel - 35000 RENNES - Tél. : 02 99 31 75 00 -
E-mail : accueil@iconemediationsante.fr - <http://www.iconemediationsante.fr>

Remerciements

Nous adressons nos sincères remerciements aux membres du groupe technique sur lequel s'est appuyé la mise en œuvre de l'enquête et tout particulièrement aux Professeurs Ozier et Ecoffey ainsi qu'aux Docteurs L'hours, Biedermann, Maamar et Menestret, pour leur aide précieuse notamment dans le cadre du recrutement des internes et des jeunes médecins avec qui ont été réalisés les entretiens collectifs.

Nos plus vifs remerciements s'adressent bien entendu aussi à l'ensemble des médecins anesthésistes avec lesquels un entretien collectif ou individuel a été effectué. Leur disponibilité et l'accueil qu'ils nous ont réservé ont en effet permis la réalisation de ce travail.

Sommaire

	Pages
Contexte et objectif	7
Méthodologie	9
L'appui sur un comité de suivi	9
La réalisation d'une analyse documentaire préalable	10
La détermination de la population cible	10
Le recrutement des médecins volontaires	10
L'échantillonnage	11
La réalisation des entretiens	12
L'analyse des entretiens	13
Résultats	15
Les déterminants liés aux conditions d'exercice professionnel	17
La dimension collective du travail	17
Le contenu de la pratique : spécialisation ou diversification de l'activité	20
La densité de l'activité au quotidien	22
L'organisation des prises en charge	23
L'impact de la pression financière	25
Les temps hors pratique clinique	26
L'autonomie des choix et l'association aux projets collectifs	27
Le poids de l'administration	28
Les ressources humaines et la sécurité	29
Le matériel et les plateaux techniques	30
La problématique des intérimaires	30

	Pages
Les déterminants liés aux conditions de travail	33
La viabilité et la pérennité des structures	33
L'amplitude horaire et les gardes	34
Les possibilités d'aménagement du temps de travail	35
La rémunération	36
La reconnaissance du travail effectué	37
L'accès à la titularisation	38
La responsabilité du médecin face au risque du métier	38
L'impact sur la vie familiale	39
Le partage d'exercice entre plusieurs établissements	41
L'attractivité de la région Bretagne et de ses établissements	43
Synthèse - conclusion	45
Annexes	49
Annexe 1 : fiche individuelle d'éléments nécessaires à l'échantillonnage	51
Annexe 2 : guide d'entretien thématique	53

Contexte et objectif

Dans le cadre de la mise en place de la Commission Régionale Paritaire (CRP) et au regard d'une problématique aiguë de démographie médicale concernant les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) en région Bretagne, l'Agence Régionale de Santé de Bretagne a souhaité, dans la perspective d'obtenir des éléments d'aide à la décision quant aux modalités de régulation de la profession qui pourraient être mises en place à l'avenir, améliorer sa connaissance sur 3 axes complémentaires :

- les motivations et critères des choix des modes et lieux d'exercice,
- les freins et les facteurs favorisant un mode d'exercice partagé entre plusieurs sites hospitaliers,
- les atouts en termes d'attractivité de la région Bretagne.

Dans ce cadre et pour contribuer à répondre à ces objectifs, l'ARS Bretagne a sollicité l'Observatoire régional de santé de Bretagne pour que celui-ci mette en œuvre une étude qualitative par entretiens auprès de médecins anesthésistes réanimateurs bretons.

Vertical line

Méthodologie

L'appui sur un comité de suivi

Un comité de suivi de l'étude a été constitué, composé de médecins anesthésistes issus du groupe de travail de la CRP, de l'ARS et de l'ORS Bretagne et d'un médecin de santé publique de la société Icone Médiation Santé, cabinet de consultants experts en santé publique ayant mené de nombreux projets ou accompagnements de professionnels à la fois en milieu hospitalier (projets médicaux et/ou d'établissements ; projets de coopération ou de fusion d'établissements...), et en milieu ambulatoire.

Outre sa participation au comité de suivi, ce médecin consultant expert a aussi été associé à l'élaboration du protocole d'étude (voir ci-après) ainsi qu'à la relecture attentive du présent rapport d'analyse.

Le comité de suivi a été réuni à deux reprises, au démarrage de l'étude puis à sa conclusion.

Ses missions ont notamment concerné :

- La validation de la méthodologie (échantillon des personnes à interviewer ; grille d'entretien) et du calendrier général de l'étude.
- La mise à disposition des informations nécessaires permettant sa réalisation.
- L'appui et le relais de l'ORS Bretagne dans les contacts à prendre pour la mise en œuvre des entretiens.
- La relecture du rapport et la discussion des résultats de l'étude.

La réalisation d'une analyse documentaire préalable

Pour soutenir la formulation de la grille d'entretien et la détermination des catégories d'acteurs à prendre en compte pour l'enquête qualitative, une analyse documentaire a été réalisée à partir des documents transmis par l'ARS Bretagne, par les membres du comité de suivi ainsi qu'à partir d'une recherche bibliographique réalisée par l'ORS. Ces documents sont relatifs à la caractérisation de la problématique et/ou restituent des résultats d'enquêtes menées dans ce champ.

La détermination de la population cible

En accord avec le comité de suivi et au regard des objectifs de l'étude, ont été exclus en tant que catégories de médecins à interviewer :

- Les médecins ayant un exercice mixte (salarié et libéral) car en effectif très réduit.
- Les médecins exerçant dans le cadre d'une activité de réanimation médicale car sans lien direct avec le coeur de la problématique de l'étude.
- Les médecins formés à l'étranger en tant que catégorie spécifique.

Au-delà de ces différentes catégories, l'ensemble des médecins anesthésistes de Bretagne était concerné par le recueil.

Le recrutement des médecins volontaires

Dans le cadre du protocole d'étude, était prévu la réalisation de 20 entretiens individuels et de 3 entretiens collectifs avec 2 groupes d'internes (fin d'internat) des CHU de Rennes et de Brest et un groupe de jeunes praticiens du CHU de Rennes.

■ Concernant les entretiens individuels

Un courrier de l'ARS Bretagne a été adressé dans un premier temps aux directions de l'ensemble des établissements publics et privés de Bretagne les informant de l'étude et de ses objectifs, leur demandant d'identifier un référent au sein de l'établissement pour mettre en place le recrutement des médecins volontaires.

Après les relances nécessaires réalisées par l'ORS Bretagne et suite à l'identification d'un référent pour les établissements ayant répondu, un contact direct a été pris avec celui-ci et une fiche individuelle contenant les éléments nécessaires à l'échantillonnage a été transmise (jointe en annexe 1). Cette fiche étant à renseigner par chaque médecin volontaire pour participer au recueil.

■ Concernant les entretiens collectifs

Le recrutement des deux groupes d'internes en fin d'internat (CHU de Brest et de Rennes) et du groupe de jeunes praticiens (CHU de Rennes) s'est notamment appuyé sur les Professeurs Ozier et Ecoffey ainsi que sur les Docteurs L'hours et Biedermann.

L'échantillonnage

■ Concernant les entretiens individuels

En accord avec le comité de suivi, les critères d'échantillonnage concernant les 20 entretiens individuels ont pris en compte :

- Le fait d'exercer dans un établissement privé ou en Espic (environ un tiers des entretiens) ou le fait d'exercer dans un établissement public (environ deux tiers des entretiens), et parmi ceux-ci une diversité à rechercher entre les médecins exerçant en CHU, en CH référents et en CH périphériques.
- Selon les profils des médecins volontaires, une diversité à rechercher relative à la fois aux modes d'exercice actuels (exercice partagé ou non entre plusieurs établissements) et aux différents parcours professionnels (passage ou non d'un statut à un autre notamment du secteur public vers le secteur privé).
- La possibilité d'interviewer des médecins intérimaires réguliers là aussi selon les profils des médecins volontaires.

■ Suite au processus de recrutement, 58 médecins anesthésistes ont accepté le principe d'un entretien individuel

L'échantillonnage a été réalisé selon la méthode du choix raisonné pour s'approcher au plus près des critères d'échantillonnage décrits précédemment. En outre, ont aussi été pris en compte à la fois le sexe et l'âge ainsi que les lieux géographiques d'exercice de façon à obtenir une diversité des différentes situations des médecins en Bretagne.

■ Au final :

- Six entretiens ont été réalisés avec des médecins exerçant en secteur privé¹ (dont 2 en Espic, 2 en secteur privé non lucratif et 2 en secteur privé lucratif) et 14 entretiens avec des médecins exerçant en secteur public (dont 4 en CHU, 5 en CH référents et 5 en CH périphériques).
- Un seul entretien a été réalisé avec le seul praticien exerçant en partage entre 2 établissements (CHU et CH périphérique) parmi l'ensemble des 58 médecins volontaires.
- Aucun entretien n'a pu être réalisé avec un intérimaire régulier, aucun volontaire ne s'étant manifesté. Un seul médecin interviewé avait malgré tout exercé en intérim précédemment dans sa carrière professionnelle.
- Une forte majorité des médecins interviewés a des parcours professionnels très diversifiés (notamment ceux exerçant hors CHU), avec notamment des remplacements en privé, des changements de type d'établissement au sein du secteur public...
- Les entretiens ont concerné 11 hommes et 9 femmes répartis dans toutes les classes d'âge (4 entre 30 et 39 ans ; 8 entre 40 et 49 ans ; 7 entre 50 et 59 ans et 1 de plus de 60 ans).
- A l'exception du territoire de santé 3, des entretiens ont été réalisés avec des médecins exerçant dans tous les territoires de santé de Bretagne.

■ Concernant les entretiens collectifs

- Deux entretiens ont été réalisés avec 13 internes issus des CHU de Brest et de Rennes (en avant dernière ou dernière année d'internat).
- Un entretien a été réalisé avec un groupe de 4 jeunes praticiens (moins de 2 ans après la fin de l'internat) issus du CHU de Rennes.

La réalisation des entretiens

Les entretiens, de type semi-directif, se sont appuyés sur un guide d'entretien thématique joint en annexe, constitué à partir de l'exploration bibliographique et validé par le comité de suivi de l'étude. Celui-ci a été adapté pour les entretiens collectifs notamment au regard du parcours professionnel spécifique des internes et des jeunes praticiens.

■ Concernant les entretiens individuels

Les entretiens ont été réalisés soit en face à face, soit par téléphone selon la disponibilité des médecins. Ils ont fait l'objet d'une prise de note et ont été enregistrés parallèlement par sécurisation.

Leurs durées ont été en moyenne de 52 minutes avec un minimum de 34 minutes et un maximum de 94 minutes.

¹ Il faut souligner la difficulté de recruter des médecins exerçant en secteur privé lucratif, très peu d'entre eux ayant accepté le principe d'une participation à l'enquête. Cet élément est à prendre en compte vis-à-vis des résultats obtenus.

■ Concernant les entretiens collectifs

Les entretiens ont été réalisés en face à face, enregistrés et retranscrits. Leurs durées ont été d'environ 2 heures pour chaque groupe d'internes et d'environ 1 heure 30 pour le groupe de jeunes praticiens.

L'analyse des entretiens

L'analyse a été effectuée de façon transversale et thématique.

Comme convenu avec les médecins interviewés, la restitution des résultats respecte à la fois l'anonymat des individus et des structures. Seuls les différents types de structures sont pris en compte.

Vertical line

Résultats

L'organisation des entretiens s'articulait autour de plusieurs questions successives (voir à ce propos le guide d'entretien joint en annexe), concernant dans un premier temps les déterminants relatifs aux modes d'exercice (public ou privé) avant d'aborder ceux concernant les choix du type de structure (notamment en public selon le niveau du centre hospitalier).

L'analyse des entretiens s'est attachée, pour chacun des déterminants évoqués par les médecins, à organiser les résultats avec une mise en perspective autour des modes et des lieux d'exercice. Elle a aussi montré que pour de nombreux critères contribuant aux choix des médecins, l'histoire professionnelle et les conditions ponctuelles et locales d'exercice dépassent ces classifications : **les déterminants en faveur ou en défaveur d'un choix pouvant souvent être retrouvés ou non indépendamment du mode ou du lieu d'exercice.**

Il est par exemple notable que dans l'échantillon des médecins interviewés, peu de médecins soutiennent leur choix en lien direct et causal soit avec un attachement particulier au service public (par idéologie, choix philosophique et/ou éthique ou encore par héritage familial) ou a contrario au secteur privé (dans ce cas souvent en opposition au service public).

De la même façon, la plupart des internes interviewés font part d'un certain niveau d'incertitude quant au mode, voire au type de structure où exercer de façon pérenne, les choix définitifs étant beaucoup plus fortement conditionnés par les déterminants professionnels et/ou liés aux conditions de travail ainsi qu'à leur éventuel impact sur la vie familiale que par ces deux axes de catégorisation (mode d'exercice et type de structure).

De fait la restitution des résultats, tout en prenant en compte pour chaque déterminant les aspects liés au mode et/ou au type de structure lorsque c'est pertinent, aborde successivement :

- **les déterminants liés à l'exercice professionnel,**
- **les déterminants liés aux conditions de travail,**
- **l'impact sur la vie familiale.**

Les deux chapitres suivants prendront en compte l'avis des médecins concernant :

- **l'exercice partagé entre plusieurs établissements,**
- **l'attractivité de la région Bretagne et de ses établissements.**

Vertical line

Les déterminants liés aux conditions d'exercice professionnel

La dimension collective du travail

Cet élément est celui le plus souvent mis en avant par les médecins interviewés comme faisant partie des critères qui jouent ou ont joué en faveur ou en défaveur du choix d'installation dans une structure, ainsi que sur la pérennisation de ce choix.

Cette dimension collective du travail s'appuie sur plusieurs axes :

- **Le sentiment d'appartenir (ou non) à une équipe, cette notion traduisant selon les médecins interviewés, un fonctionnement de qualité (ou non) entre anesthésistes, entre anesthésistes et chirurgiens ou encore en complémentarité des infirmiers anesthésistes.**

Concrètement deux niveaux principaux peuvent être distingués :

- D'une part la concertation et la recherche de consensus relatives aux décisions concernant les prises en charge par l'existence de staffs pluridisciplinaires qui signent un fonctionnement en co-responsabilité avec la présence d'une dynamique d'équipe et d'une homogénéité des prises en charge estimées "*fondamentales*" pour plusieurs des personnes interviewées. Ces moments de concertation jouent fortement en faveur d'une démarche positive et critique concernant les pratiques professionnelles, permettant pour de nombreux médecins des remises en cause nécessaires au "*maintien voire au gain de compétence et/ou à l'amélioration des pratiques en continu*".

- D'autre part, est aussi évoquée la "*solidarité*" entre professionnels au sein du bloc opératoire (notamment entre médecins et infirmiers anesthésistes), solidarité qui au-delà d'un sentiment de sécurisation très apprécié des interviewés, concrétise le sentiment d'appartenance à un collectif de travail. Ce point sera par ailleurs abordé de nouveau dans le chapitre dédié aux moyens et aux ressources humaines.

- **Le fait que le patient soit le patient d'une équipe et non d'un praticien**, élément qui joue en faveur de la continuité des soins et de l'homogénéité des prises en charge. Cette dimension étant jugée sécurisante et rassurante à la fois pour les professionnels et pour les patients.
- **Enfin, sont aussi largement évoqué les dimensions relationnelles et l'importance de relations personnalisées et conviviales** entre les différents professionnels, permettant une ambiance de travail favorable et sur laquelle peuvent s'appuyer les points évoqués précédemment relatifs à l'exercice professionnel.

En miroir, sont évoqués de façon négative les fonctionnements trop individualistes qui donnent aux professionnels le sentiment d'être isolés, où les prises de décision sont solitaires et/ou le climat de travail est perçu comme dégradé (par exemple du fait de la présence de "lobby" au sein d'équipes médicales, ou des fonctionnements en réseaux entre médecins anesthésistes et chirurgiens, peuvent jouer en défaveur d'un sentiment d'appartenance à un collectif et sont susceptibles de dégrader l'ambiance de l'exercice au quotidien).

D'autres facteurs qui seront précisés dans les chapitres suivants sont aussi susceptibles de participer à la dégradation de ce climat de travail qui, au final, reste un facteur très important dans le cadre des choix faits par les médecins et est cité notamment par les internes rencontrés dans l'enquête comme un des éléments clés des déterminants de leur installation future.

■ Le lien avec le mode d'exercice

Si globalement on peut souligner le fait que pour la plupart des médecins interviewés issus du secteur public, la notion de collectif de travail est souvent prépondérante (en lien notamment avec l'existence de staffs et de prises en charge en équipe d'un même patient, participant ainsi à la continuité et à l'homogénéité des soins). Par contre, la représentation qu'ils se font de "*l'isolement*" censé caractériser l'exercice en secteur privé, est malgré tout nuancée à partir d'expériences antérieures de remplacement qui peuvent parfois être positives sur ce plan.

En miroir, et a contrario, les médecins anesthésistes interviewés issus du secteur privé (à but lucratif ou en Espic) soulignent aussi pour leur part et pour la plupart d'entre eux l'importance de cet aspect collectif du travail dans le cadre d'un choix d'installation, élément qui de leur point de vue, est présent dans les établissements au sein desquels ils exercent et doit probablement, a minima, être établissement - dépendant².

² Rappelons, ainsi que déjà souligné en méthodologie, la difficulté de recruter des médecins issus du secteur privé lucratif. Ce point est à prendre en compte dans les résultats présentés.

■ Le lien avec le type d'établissement

Deux tendances se dégagent :

- Les petits établissements (établissements de proximité), ne favorisent pas des fonctionnements avec mise en place de staffs et réflexions collectives autour des pratiques et des prises en charge, ce qui joue en défaveur (au-delà d'autres éléments qui seront abordés dans les chapitres suivants), d'une installation des médecins dans ce type de structure. Des propositions sont d'ailleurs faites pour favoriser la venue des professionnels au sein de ces établissements (par exemple pour les jeunes médecins au sortir de l'internat), d'organiser des staffs communs avec des établissements plus importants (CHU ou établissements référents), de façon à décloisonner l'organisation des établissements entre eux, favoriser les partages de bonnes pratiques et in fine, favoriser la venue des professionnels dans ces structures de proximité. La mise en place de ce type de fonctionnement qui peut s'apparenter à un début de fonctionnement en réseau, devant être promu via les chefs de service et/ou les directions qui gèrent la politique et le projet d'établissement.
- A l'inverse dans les CHU, l'organisation mise en place ne semble pas globalement favoriser de manière suffisante les relations inter personnelles ni la qualité du climat de travail qui en découle, même si les médecins et les internes établissent une certaine hétérogénéité sur ce point entre les deux CHU bretons. Certains chapitres qui suivent seront l'occasion de réaborder ce point sous d'autres angles d'analyse.

Au final, on peut observer que les discours des médecins interviewés s'appuient d'une part sur les expériences vécues au cours de leurs parcours professionnels et sont donc "établissements dépendants", d'autre part sur les représentations qu'ils ont du fonctionnement des différentes catégories d'établissements.

Cette double assise sera quasiment applicable pour l'ensemble des points abordés dans les chapitres qui suivent.

Le contenu de la pratique : spécialisation ou diversification de l'activité

Deux positionnements opposés et relativement marqués sont développés par les médecins pris en compte dans l'enquête vis-à-vis du contenu de leur pratique et de la façon dont ce contenu peut contribuer à déterminer leurs choix d'exercice.

La première catégorie de médecins, qui concerne presque exclusivement les jeunes praticiens rencontrés (et donc dans le cadre de l'enquête exerçant au CHU de Rennes), **valorise, dans le cadre d'objectifs professionnels précis, la participation aux prises en charge lourdes et complexes et "l'hyperspécialisation" qui est organisée dans les CHU et dans les secteurs dans lesquels ils sont impliqués** (neurochirurgie, chirurgie cardiaque thoracique et vasculaire, et réanimation et urgence notamment). L'acquisition d'une expertise pointue et la valorisation du poste via un sentiment d'appartenance à un groupe ayant un exercice professionnel que certains peuvent qualifier de "*privilegié*" et pointu sous-tend ce choix.

Pour l'ensemble des autres médecins pris en compte dans l'enquête (ainsi que pour la plupart des internes rencontrés), si l'intérêt de prendre en charge des patients lourds et complexes et le besoin de services hyperspécialisés est peu mis en cause, **c'est au contraire, la diversification de l'exercice qui est valorisée, voire pour certains déterminante dans leur choix d'activité.**

La polyvalence recherchée joue en effet fortement :

- En faveur de l'intérêt même porté, dans le temps et de façon pérenne, au contenu du travail en évitant ce que de nombreux interviewés nomment comme étant de "*l'ennui*", voire sur la durée, de la "*lassitude*". Dans ce cadre, la possibilité de mettre en œuvre différentes techniques (anesthésies loco-régionales par exemple) est aussi souvent évoquée.
- Du maintien des compétences transversales à tous types de prises en charges. A plusieurs reprises, y compris parmi les médecins appartenant plutôt à la première catégorie, cet aspect est mis en avant où l'ultra spécialisation contribue au développement d'une expertise pointue mais joue en miroir en défaveur d'un maintien de la polyvalence valorisée par la plupart des internes interviewés.

On peut remarquer que cet argumentaire est aussi développé, au-delà de l'intérêt même du contenu de l'exercice, en lien avec des possibilités facilitées de changement de structure par exemple en cas de mésentente avec l'équipe locale ou encore en cas de changement géographique professionnel du conjoint. Cet argument étant d'autant plus prégnant que les médecins sont jeunes.

■ Le lien avec le mode d'exercice

Celui-ci apparaît de façon marginale dans les entretiens menés, les clivages que l'on peut relever étant la plupart du temps liés au type de structure au sein desquelles exercent les médecins. Quelques médecins exerçant en secteur public avancent malgré tout, à partir d'expériences anciennes de remplacement dans le secteur privé, l'aspect fastidieux et répétitif d'actes et d'interventions sans grand intérêt professionnel dans ce secteur au niveau de la complexité des prises en charge. Cependant cet aspect n'est pas évoqué par les médecins exerçant actuellement en secteur privé ou en Espic ainsi que par la plupart de ceux exerçant en public (ayant fait pour un certain nombre d'entre eux des remplacements en privé), notamment chez les plus jeunes.

■ Le lien avec le type de structure

Sur cet axe d'analyse, un clivage apparaît plus fortement opposant certains fonctionnements que les médecins peuvent rencontrer en CHU (à des degrés divers selon la structure), aux structures référentes et privées. Dans une moindre mesure, les structures périphériques se distinguent aussi par certaines spécificités.

Au niveau du CHU, plus la sectorisation telle qu'organisée de façon prépondérante actuellement est forte, et plus elle est ressentie dans la plupart des cas comme un déterminant défavorable au souhait d'exercer dans la structure concernée : un certain nombre de médecins lient d'ailleurs leurs choix post internat d'exercer en structures périphériques (ou en privé) à ce type d'organisation qui ne satisfait pas leurs souhaits professionnels. Les projets de bloc commun et/ou de possibilités accrues de mobilité interservices sont d'ailleurs évoqués comme des éléments favorables pour l'avenir, conditionnant pour certains médecins leur volonté de rester de façon pérenne dans la structure.

De nombreux médecins font d'ailleurs spontanément le lien entre motivation et souhait des jeunes à rester dans des structures de type CHU, et aménagement de possibilités d'accès à des exercices plus variés à un moment "T" (projets de bloc commun et/ou de modulation de l'activité) ou dans le temps (mobilité inter-service). Ce point est d'ailleurs fortement souligné par la plupart des internes rencontrés.

De fait, il paraît important de prendre en compte cet aspect de la pratique (conditionné pour partie par l'organisation des prises en charge) en réfléchissant à pouvoir offrir une diversité de possibilité de conduite de carrières professionnelles entre "*ultra spécialisation*" et variété de l'exercice selon les profils de médecins. Cette diversité d'orientation professionnelle allant de pair pour un certain nombre de médecins avec la nécessité d'améliorer la prise en compte des souhaits et des choix des internes (voire des praticiens) tout au long de leur carrière, qui s'estiment être insuffisamment associés et manquent d'autonomie dans les choix des services au sein desquels ils vont exercer.

En miroir, l'activité des structures référentes, des structures privées (voire des structures périphériques) apparaît comme souvent un "*bon compromis*" entre polyvalence et richesse de l'exercice professionnel tout en maintenant un intérêt certain autour de la complexité des prises en charge.

Concernant enfin les structures périphériques, les éléments recueillis montrent des divergences de point de vue entre médecins qui pensent (sans nécessairement que ces points de vue s'appuient sur des expériences vécues), que l'exercice dans ce type de structure revêt un intérêt professionnel moindre (répétitif, sans complexité, etc...) et ceux qui au contraire valorisent la diversité des actes et des prises en charge auxquelles sont confrontés les anesthésistes dans ces structures (pédiatrique, orthopédique, etc...). En tout état de cause et a minima, on peut faire l'hypothèse que ces points de vue sont dépendants de l'activité développée dans chacune de ces structures de même niveau qui, d'une structure à l'autre, revêt probablement des profils différents (voire aussi à ce propos les chapitres suivants).

Au final et de façon cohérente avec le chapitre précédent, au-delà de la réalité concrète de l'activité développée dans les structures de proximité, un certain nombre de médecins soulignent, du fait notamment du cloisonnement de l'organisation inter-structures, la méconnaissance qu'ont de nombreux médecins de l'activité anesthésique et chirurgicale dans les structures de proximité, méconnaissance qui peut être accrue par la "réputation" qui leur est faite notamment dans les CHU. Là aussi, des souhaits de décloisonnement sont parfois exprimés via des staffs communs et/ou la mise en place de consultations spécialisées excentrées.

La densité de l'activité au quotidien

En complémentarité avec le chapitre précédent et avec pour élément commun la préoccupation du maintien d'un bon niveau de compétences, la problématique autour de la densité de l'activité est largement évoquée par les médecins et/ou les internes pris en compte dans l'enquête.

Tous s'accordent à reconnaître la nécessité d'une activité (au-delà de sa diversité) avec un nombre d'actes minimum, notamment en obstétrique et en pédiatrie (mais aussi en chirurgie), dans le cadre à la fois d'un maintien des compétences (y compris au niveau des techniques et/ou du matériel utilisé) et d'une sécurité accrue concernant tout autant les anesthésistes que les patients.

Si l'axe concernant les modes d'exercice (public ou privé) est très peu évoqué à ce propos, celui concernant le type de structure l'est par contre largement, notamment vis-à-vis des structures de proximité.

Tout en prenant en compte les exigences relatives à l'aménagement du territoire (ne pas laisser de zones "blanches" sans structures mises à disposition des patients avec une distance de l'ordre de 25 à 30 kms souvent évoquée comme maximum d'une structure à l'autre), ainsi que les contraintes politiques locales, de nombreux médecins soulignent les phénomènes "d'aspiration" des patients vers des structures plus importantes (publiques ou privées) lorsqu'elles sont proches des hôpitaux de proximité, évoquant par là même des "doublons" territoriaux qui jouent en défaveur d'une activité suffisante qui serait pourtant nécessaire dans les petites structures.

Au-delà des aspects concernant la sécurité et le maintien des compétences, des préoccupations émergent parallèlement à la fois vis-à-vis de notions de "gaspillage" d'argent public corrélé aux problématiques de démographie médicale où des carences en terme de personnels médicaux sont aussi présentes dans les hôpitaux référents. Certains médecins mettent dès lors en concurrence les deux types de structures (référentes et de proximité) dans un contexte d'offre médicale limitée.

De fait et pour les structures de proximité géographiquement proches de structures hospitalières plus importantes, la possibilité de centraliser les plateaux techniques et les blocs opératoires est évoquée par un certain nombre de médecins.

En tout état de cause et pour la majorité des médecins et/ou des internes interviewés, cet axe autour de la densité de l'activité, et ses conséquences possibles sur la compétence et la sécurité, constitue un déterminant défavorable à l'installation dans les structures de proximité concernées, l'activité n'étant probablement pas comparable d'une structure de ce type à une autre.

Enfin, au-delà de la réalité de l'inégalité du niveau d'activité déployée dans ces structures de proximité et comme pour le chapitre précédent, celles-ci souffrent globalement d'une réputation tendant à homogénéiser le regard que peuvent leur porter un certain nombre de médecins ou d'internes sans distinction des spécificités d'une structure à l'autre. De fait et notamment pour les structures dont l'éloignement géographique rend nécessaire la présence de médecins anesthésistes, deux pistes sont évoquées pour les interviewés :

- En cohérence avec les chapitres précédents, la nécessité de décloisonner le système inter-structures pour faire évoluer le regard porté sur l'activité des structures de proximité.
- La possibilité de majorer l'utilisation des outils de simulation présents en Bretagne dans le cadre du maintien des compétences des médecins exerçant dans des structures à activité moins dense notamment.

L'organisation des prises en charge

Au-delà d'aspects déjà abordés dans les chapitres précédents (tels par exemple le fait qu'au niveau organisationnel le patient soit plutôt celui d'un médecin que celui d'une équipe : voir à ce propos le chapitre 1), un certain nombre de médecins, notamment les jeunes praticiens et les internes, soulignent **des difficultés liées à l'organisation des prises en charge autour du bloc opératoire, susceptibles d'engendrer lenteur du déroulé des interventions et inertie avec un impact non négligeable sur l'activité développée au cours de la journée de travail.**

Cet élément, sans rapport apparent avec le statut des structures hospitalières, est, pour les médecins ayant mentionné cet aspect, directement lié à l'organisation en CHU.

Tout en prenant en compte l'activité spécifique de formation des CHU et l'impact qu'elle peut avoir au niveau de l'organisation des blocs opératoires (découpage et intervention de plusieurs intervenants chirurgicaux dont les internes pour un même patient notamment), la mécanique organisationnelle des blocs est, pour ces médecins, perfectible à plusieurs niveaux :

- L'intervention des différents professionnels (de ceux assurant le brancardage à l'interne de chirurgie jusqu'au chirurgien en passant par les professionnels assurant le nettoyage des salles), souffre souvent de retards successifs susceptibles d'entraîner perte de temps, manque d'efficacité, voire au final un certain niveau de découragement exprimé. Le fonctionnement n'est pas "*huilé*" et une certaine rigidité organisationnelle est observée, empêchant des adaptations nécessaires aux situations qui se présentent au quotidien.
Ce type de dysfonctionnement, majoré pour les médecins qui le mentionnent par le fait que les revenus des professionnels soient indépendants de l'activité déployée, tend à multiplier les "*temps morts*", à majorer un sentiment d'inertie et au final une perte relative du plaisir de travailler, notamment exprimée par les internes pour qui cet élément constitue un de ceux qui vont le plus contribuer à leur choix futur de rester ou non au CHU.
- Plus globalement, un certain nombre de médecins souhaitent l'intervention de "*logisticiens organisateurs*" des blocs opératoires, indépendants des cadres infirmiers de bloc et des chirurgiens, pour repenser l'organisation des prises en charge de manière plus rationnelle et efficace.

Il ressort que dans le cadre de la spécificité du métier d'anesthésiste, et au-delà des éléments déjà évoqués (en lien notamment avec le plaisir d'exercer), un certain nombre de médecins, notamment les plus jeunes, mettent en avant les répercussions de ce type de fonctionnement :

- d'une part sur l'organisation de la vie familiale avec des dépassements d'horaires liés aux retards successifs qui viennent à l'encontre de l'organisation liée à la prise en charge d'enfants jeunes,
- d'autre part, plus globalement et quelle que soit la génération de médecin, sur la sécurité même des patients, ces décalages horaires mettant parfois l'anesthésiste en situation d'isolement post-opératoire sans équipe susceptible d'intervenir en soutien en cas de problème médical d'un patient.

Au final, cet axe d'analyse semble plus prégnant chez les internes et les jeunes praticiens (même s'il est aussi évoqué comme élément pouvant contribuer au choix d'installation d'autres médecins), et par là même est de fait à prendre en compte dans la perspective de pouvoir garder ces praticiens ou futurs praticiens au sein des CHU.

L'impact de la pression financière

Même si la tarification à l'activité (T2A) et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) s'appliquent à l'ensemble des structures, **un certain nombre de médecins interviewés établit un écart entre pertinence et indépendance des choix médicaux et anesthésiques et exigence de rentabilité.**

Sur cet aspect, la notion de type d'établissement intervient très peu au contraire du mode d'exercice, qui pour sa part est très prégnant dans le discours d'une majorité de médecins³. Un véritable écart existe à ce titre entre les centres hospitaliers publics et les Espic d'un côté et les établissements à but lucratifs de l'autre.

Le fait d'être associé en secteur privé est susceptible de constituer, pour un certain nombre de médecins interrogés exerçant en public ou au sein d'un Espic, un élément défavorable ou au moins contraignant ponctuellement vis-à-vis de la qualité de la pratique médicale, qu'elle concerne directement les médecins anesthésistes ou d'autres professions médicales.

La possibilité de faire "*dévier les pratiques*" et d'une perte de liberté possible dans les choix professionnels est à ce titre plusieurs fois évoquées (indication d'examens complémentaires, anesthésie générale sans réel besoin, durée des consultations réduites...), avec en perspective une augmentation potentielle du risque encouru par les patients.

Plus marginalement, si la T2A s'applique aussi bien en secteur public qu'en secteur privé, certains médecins du secteur public soulignent que, contrairement au secteur privé où une pression individuelle peut agir sur le professionnel induisant ainsi un rapport de type "commercial" au patient, en secteur public, la pression agit moins directement sur ce dernier et est en tendance plus assumée par le collectif et l'établissement hospitalier, gage de conservation d'une pratique de qualité.

Au final, et au-delà de la réalité même de possibles modifications de pratiques, si cet axe d'analyse ne constitue pas à lui seul un déterminant de "rupture" quant aux choix professionnels faits par les médecins, il n'en constitue pas moins un facteur important de choix d'exercice, souvent lié dans les éléments recueillis à l'aspect relatif à l'éthique professionnelle.

³ Rappelons qu'une majorité de médecins pris en compte dans l'enquête exercent en secteur public. Ce point doit être pris en compte dans les résultats obtenus.

Les temps hors pratique clinique

Souvent cités comme déterminants favorables ou défavorables aux critères de choix d'installation, ils peuvent se classer en trois catégories :

- la recherche et l'enseignement,
- les autres activités en lien avec l'exercice médical,
- les temps administratifs et de gestion.

■ La recherche et l'enseignement

Cet aspect des temps hors pratique clinique est valorisé dans le cadre de l'exercice au sein des CHU, notamment par les médecins qui y exercent et par une partie des internes, et fait partie des déterminants importants ayant participé ou qui participeront à leur choix d'exercice. On peut d'ailleurs ajouter que l'aspect recherche participe, pour plusieurs médecins interviewés, au sentiment valorisant d'appartenance à une communauté scientifique susceptible de signifier parallèlement une trajectoire de promotion sociale pour certains médecins.

Malgré tout, plusieurs éléments viennent a contrario de cet aspect positif du métier :

- La baisse la démographie médicale impliquant de ne plus disposer de suffisamment de temps pour avoir accès à ces aspects du métier. Dans ce cadre et pour les médecins concernés, l'avantage d'exercer au sein d'un CHU tend à disparaître.
- La difficulté pour certains médecins intéressés par l'aspect enseignement, d'avoir accès à cette activité via un recrutement notamment déterminé par l'acquisition d'un diplôme de second cycle et par les publications réalisées en nom propre. Pour ce type de médecins, les modalités de recrutement en termes d'enseignement ne sont pas adaptées et devraient être différenciées de celles qui déterminent l'accès à une activité de recherche. L'évaluation de la capacité à enseigner devant plutôt s'appuyer sur une évaluation via des mises en situation. Cet élément a d'ailleurs contribué au départ vers d'autres types de structures des médecins ayant avancé cet argument.

■ Les autres activités en lien avec l'exercice médical

Elles sont nombreuses à être citées (participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de protocoles ; mises en œuvre de nouvelles techniques (hypnose ou nouveaux matériels par exemple) ; participation au Comité de lutte contre la douleur (CLUD) ; participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de procédures organisationnelles ; qualité ; participation aux choix de matériels ; management...), **et à être valorisées pour la plupart des médecins comme éléments complémentaires à la pratique clinique selon les centres d'intérêts de chaque médecin pris individuellement.**

Malgré tout une partie des médecins estime ces aspects, parfois et selon les structures, insuffisamment valorisés (sans qu'il ait été possible à l'analyse de repérer les modes d'exercice ou des types de structures plus concernés que d'autres : ces aspects paraissant fortement structures dépendantes).

En tout état de cause, ils participent en tant que déterminants aux choix des médecins concernant leurs structures d'accueil et sont parfois liés, dans des éléments recueillis au cours de l'enquête, au fait de recruter et d'inciter les jeunes médecins à s'intégrer de façon pérenne à une structure, "*le fait de juste endormir les gens*" ne suffisant plus à satisfaire les souhaits professionnels.

De fait et dans la perspective d'attirer les médecins anesthésistes au sein des structures, une attention particulière pourrait être portée, dans la mesure des possibilités organisationnelles, sur la possibilité d'offrir une souplesse d'activité sur une partie de leur temps de travail selon les centres d'intérêts des médecins.

■ Les temps administratifs et de gestion

Cet élément, sans forcément être déterminant, est malgré tout souligné par quelques médecins exerçant en secteur public comme ayant participé au choix de ne pas exercer en secteur privé. L'aspect administratif (assurance, comptabilité, URSSAF,...), ayant un effet répulsif et ne faisant pas partie du métier tel qu'ils se le représentent.

L'autonomie des choix et l'association aux projets collectifs

Le point commun à cet axe d'analyse concerne les marges de manœuvre dont disposent les professionnels que ce soit aux niveaux collectif ou individuel.

L'aspect collectif tout d'abord est largement abordé par la plupart des personnes rencontrées en termes d'association et de prise en compte des avis vis-à-vis des différents projets qui peuvent se développer au sein des structures. Que cela puisse concerner des projets relatifs par exemple à l'organisation des blocs opératoires, au choix d'acquisition de matériels ou de produits, aux formations à engager en termes de mise en œuvre de techniques récentes ou de nouvelles pratiques, la plupart des professionnels considèrent la possibilité d'y être associé dans le cadre d'une dynamique collective comme un élément important, voire déterminant au choix d'installation (pour plusieurs médecins des carences à ce niveau ont pu être en effet directement des motifs de départ d'une structure pour une autre).

En termes individuels ensuite, la possibilité de prendre des initiatives individuelles susceptibles de dynamiser les pratiques collectives dans un second temps (sur les mêmes axes que ceux évoqués dans le paragraphe précédent) **ou encore l'autonomie décisionnelle liée aux prescriptions et aux prises en charge réalisées**, sont aussi des éléments qui participent aux choix d'installation des médecins (ou des futurs médecins).

Pour la plupart des médecins interviewés et sur ces deux axes, plus le poids et la place prise par la hiérarchie médicale et/ou chirurgicale sont importants et moins le souhait (ou tout au moins le fait d'avoir du plaisir à exercer au sein d'une structure) est présent.

■ Le lien avec le mode d'exercice et le type de structure

Si certains médecins interviewés valorisent le secteur privé vis-à-vis notamment des aspects relatifs à l'autonomie décisionnelle (ne pas vouloir de patron, être son propre responsable...), le clivage principal apparaît surtout entre le regard porté sur le fonctionnement en CHU et les autres structures (centres hospitaliers référents ou de proximité ; Espic voire structures privées).

C'est en effet là où le poids de la hiérarchie est ressenti comme le plus pénalisant au détriment de possibilités d'être impliqué et associé aux différents projets qui structurent l'activité (voir ci-dessus). Un fonctionnement trop pyramidal et ressenti parfois comme en "*carence de démocratie professionnelle*", une insuffisance de prise en compte des médecins anesthésistes au profit des chirurgiens, avec au final une distanciation de la participation à la prise de décision, sont des éléments relativement récurrents concernant le regard porté sur le fonctionnement en CHU.

Au final, si cet axe d'analyse semble être d'une importance élevée quant au choix de rester ou non au sein d'un CHU, c'est aussi du fait du lien que font certains médecins entre ces aspects et le sentiment de reconnaissance et de valorisation professionnelle qu'ils peuvent éprouver. Cet élément participe probablement au fait que cet axe d'analyse constitue l'un de ceux pour lequel les médecins ont le plus mis en avant le fait qu'il soit susceptible d'être à l'origine d'éventuels choix professionnels.

Le poids de l'administration

Cet axe, complémentaire au chapitre précédent, souligne pour un certain nombre de médecins, l'importance ou au contraire les difficultés engendrées par l'impact du poids et/ou de l'inertie administrative sur l'exercice médical.

■ Le poids du secteur administratif

Si les médecins exerçant en secteur privé font part de ce critère comme étant l'un des éléments ayant contribué à leur décision d'exercer dans ce secteur via la possibilité notamment de faire entendre leur voix au sein des conseils d'administration concernant la gestion des cliniques (globalisant en tendance la trop forte emprise, de leur point de vue, de l'administration en secteur public vis-à-vis de l'organisation du temps de travail, des décisions relatives aux choix médicaux mais aussi de l'accès à la hiérarchie administrative), les médecins exerçant en public semblent pour leur part plus nuancés en mettant plutôt en avant l'impact des politiques d'établissement et des modalités de management médical relatif à chaque structure à l'exception des CHU qui présentent à ce niveau des spécificités.

Au niveau des CHU et pour une forte majorité des personnes interviewées, le poids administratif est prépondérant sur l'avis des CME et sur l'avis médical, sans suffisamment de prise en compte des besoins de "terrain". De fait, la faisabilité concrète et a minima la pertinence de certaines décisions relatives par exemple au personnel déployé, au plan de soins, au circuit du patient ou encore aux investissements matériels (sans exhaustivité) peuvent être mises en cause et peuvent devenir à terme "exaspérantes" voire "insupportables" pour certains. Ce point est d'ailleurs tout autant souligné par les praticiens que par un certain nombre d'internes interviewés et constitue de fait un facteur défavorable à leur souhait d'exercer au sein d'un CHU.

Au niveau des autres types de structures et comme déjà énoncé, les situations sont différenciées d'une structure à une autre, et c'est bien l'écoute et le soutien administratif aux projets en lien avec l'exercice médical qui sont valorisés, contribuant ainsi aux décisions d'exercer de façon pérenne au sein d'une structure.

■ L'inertie administrative

Au-delà du poids du secteur administratif, un autre élément relatif à la lenteur des exécutions de projet est souligné par un certain nombre de médecins comme facteur défavorable à l'exercice au sein des structures concernées.

Cet aspect concerne notamment les projets immobiliers, la possibilité de la mise en œuvre de nouvelles techniques et l'acquisition de nouveaux matériels (échographe, chariot d'intubation...), au sein de structures faisant partie du secteur public. Si certains des interviewés prennent bien en compte la nécessité de passation d'appels d'offre dans le secteur public, il n'en reste pas moins que le manque de réactivité observé dans certaines structures (quel que soit leur niveau), quand des projets sont élaborés ou des problèmes soulevés (avec des délais qui peuvent se compter en années), constitue pour ces médecins un véritable repoussoir susceptible de les conduire vers des structures plus réactives. Le secteur privé est dans ce cas souvent cité comme une issue possible à cette contrainte.

Les ressources humaines et la sécurité

Cet aspect des déterminants professionnels quant au choix des médecins est abordé par certains d'entre eux **pour souligner, en lien avec la sécurité des patients, l'importance d'un nombre de professionnels qu'ils estiment nécessaire au regard des prises en charge réalisées.**

Si cet élément est rarement évoqué pour expliquer les choix d'installation, il est par contre mis en avant pour expliquer le refus d'exercer, d'une part pour quelques médecins en secteur privé, d'autre part pour d'autres au sein de certaines structures de proximité.

Le fait d'être isolé et en responsabilité de plusieurs salles à la fois, l'absence de possibilité de surveillance en continu des patients, le fait de ne pas pouvoir s'appuyer sur des IDE anesthésistes ou encore le fait d'assurer seul des gardes, sont des situations qui sont notamment évoquées pour exprimer des prises de risque "déraisonnables", notamment en cas de confrontation à des situations difficiles où les temps de réaction pourraient être inadaptés aux besoins du patient.

Concernant les structures de proximité, les difficultés de recrutement particulièrement aiguës dans certains centres hospitaliers, sous tendent ces situations et participent au refus d'y exercer. Certains médecins explicitant d'ailleurs clairement le "cercle vicieux" lié au fait que "moins on est nombreux et moins on est attractif".

Le matériel et les plateaux techniques

Au-delà des éléments déjà abordés dans les chapitres précédents (association au choix du matériel, rapidité d'exécution dans l'acquisition...), peu de médecins finalement avancent des éléments relatifs aux plateaux techniques et/ou aux matériels mis à disposition comme éléments contribuant directement à leurs choix d'exercice.

Seuls quelques médecins signalent des difficultés dans certains établissements de proximité (matériel vieillissant ; impossibilité ressentie d'investissements financiers voire d'entretien du matériel présent) malgré le fait, soulignent-ils, de la présence de flux de patients.

La problématique des intérimaires

Pour mémoire (voir à ce propos le chapitre consacré à la méthodologie), aucun médecin intérimaire régulier n'a accepté le principe d'un entretien dans le cadre de l'enquête. Ils ne sont donc pas représentés au sein de l'échantillon sollicité même si on a pu identifier un médecin ayant eu l'occasion d'être intérimaire à un moment donné de sa carrière.

Par ailleurs, ce chapitre qui clôturera la partie consacrée aux déterminants liés à l'exercice professionnel constitue une bonne transition avant d'aborder celle consacrée aux déterminants liés aux conditions de travail : les éléments relatifs à la problématique des intérimaires et mis en avant par les médecins interviewés relevant en effet des deux axes d'analyse.

Si concrètement la possibilité pour certaines structures de recourir à l'intérim pour assurer des remplacements ou compenser des postes non pourvus est une réalité qui ne peut être niée (cet aspect ayant été peu cité par les médecins au cours des entretiens), les éléments recueillis sont systématiquement défavorables et concernent deux axes principaux : la sécurité et l'équité.

■ Concernant la sécurité

Pour la quasi totalité des médecins ayant abordé ce sujet, le recours à l'intérim est susceptible de poser des problèmes majeurs en termes de sécurité. Plusieurs arguments sont mis en avant à ce niveau :

- La qualification et les compétences des médecins intérimaires qui peuvent être mises en doute, les sociétés d'intérim n'ayant pas de regard sur les compétences et validant les candidatures uniquement par la vérification de l'inscription du médecin intérimaire au Conseil de l'ordre, ce qui paraît tout à fait insuffisant à certains des médecins interviewés (certains points précis sont notamment évoqués par les médecins : anesthésies loco-régionales ; péridurales ; anesthésies pédiatriques..., jusqu'aux prescriptions informatisées où les praticiens peuvent se retrouver sollicités directement par les médecins intérimaires pour aide ponctuelle, avivant encore le sentiment exprimé de carence de compétence).
- L'irrégularité des prises de poste au sein d'une même structure (la "*valse des intérimaires*"), qui a pour conséquence notamment la méconnaissance (voire la non prise en compte) par ces derniers des protocoles, procédures et modalités de prises en charge internes à la structure.
- L'absence de participation des médecins intérimaires aux transmissions et au suivi des patients, aux staffs, aux réunions de travail, qui constitue évidemment une carence vis-à-vis des deux points précédents mais aussi vis-à-vis de la qualité de la prise en charge au quotidien des patients.
- Le manque de responsabilisation du fait même du manque de permanence possible des intérimaires au sein d'une même structure et donc de leur manque d'implication dans la vie du service. Sur ce point, le fait que certains médecins intérimaires soient en fin de carrière peut aussi, pour certains des médecins interviewés, jouer en défaveur d'un bon niveau de responsabilisation et d'investissement dans les prises en charge réalisées.

De fait, concernant ce premier point relatif à la sécurité des patients et au-delà de l'objectif de diminuer le recours aux intérimaires, plusieurs propositions sont évoquées pour tenter de limiter les risques abordés au cours des entretiens (qui peuvent aller de prises en charge non conformes jusqu'à des transferts en urgence avec des conséquences susceptibles de concerner des comas voire des décès).

- Mettre en place un système de validation des compétences des médecins intérimaires par les pairs.
- Favoriser le recours aux intérimaires réguliers en limitant au maximum les recours ponctuels à des professionnels non connus et ne connaissant pas les structures.
- Systématiser, lorsque c'est possible, le recours aux médecins intérimaires en doublon d'un noyau de professionnels issus des praticiens exerçant au sein de la structure.

■ Concernant l'équité

De façon cumulative au point majeur relatif à la sécurité, les conditions salariales qui sont celles des médecins intérimaires sont ressenties comme une véritable injustice, voire un "scandale", au regard notamment à la fois des points évoqués précédemment ainsi que du manque de contraintes auxquelles sont soumis pour leur part les médecins statutaires (par exemple le fait de ne pas assurer les gardes dans certaines structures).

Au final, ces éléments sont ressentis comme étant des "privilèges" qui participent à la "déstabilisation" du système susceptible d'engendrer dans certaines structures des cohabitations difficiles et des ambiances délétères. Certains médecins soulignent d'ailleurs le côté "ubuesque" de cette organisation où certains praticiens hospitaliers prennent des temps partiels pour pouvoir faire de l'intérim (voire exercent en libéral) au sein même des structures publiques, voire au sein de la structure dont ils sont issus, aggravant d'autant le déficit médical statutaire de ces mêmes structures.

■ Le lien avec le mode d'exercice et le type de d'établissement

Si c'est bien le secteur public qui est plus particulièrement concerné par l'intervention des intérimaires, certains médecins interviewés soulignent que pour les structures de proximité, notamment où les équipes sont moins nombreuses, le système de recours aux intérimaires peut prendre une place importante dans les prises charge et devenir par là même un véritable déterminant de choix pour ne pas venir exercer au sein de ces structures. L'argument de la sécurité étant principalement mis en avant pour soutenir ce choix.

De nouveau (voir les chapitres précédents), certains médecins évoquent la possibilité de regroupements de plateaux techniques, notamment pour les structures de proximité situées géographiquement dans un périmètre proche de structures plus importantes, comme facteur de limitation du recours à l'intérim.

Les déterminants liés aux conditions de travail

La viabilité et la pérennité des structures

Un des éléments qui émerge et à prendre en compte vis-à-vis des choix d'exercice, notamment pour les jeunes médecins voire pour les internes, est relatif à la viabilité et à la pérennité des structures. Ce déterminant concernant exclusivement certaines structures de proximité.

Au-delà des éléments déjà analysés dans la partie concernant les conditions d'exercice professionnel (contenu de la pratique ; maintien des compétences ; sécurité des médecins et des patients...), un certain nombre de médecins interviewés mettent en doute **la viabilité de certaines de ces structures, au regard notamment des besoins de régulation régionale transversaux à l'ensemble des structures et relatifs aux problématiques de démographie médicale.**

Si les structures de proximité ne peuvent être considérées comme un ensemble homogène vis-à-vis de cet axe d'analyse, celles en proximité géographique de structures plus importantes (un cercle géographique d'environ 30 km est souvent évoqué dans les entretiens) sont pour leur part l'objet d'interrogations quant à leur pertinence et par répercussion leur viabilité.

Tout en prenant en compte la problématique liée à l'aspect politique d'aménagement du territoire, l'hôpital étant souvent le premier employeur des communes où sont installés les hôpitaux de proximité, un certain nombre de médecins interviewés souhaitent des regroupements de plateaux techniques avec les structures référentes proches, de façon à permettre aussi d'étoffer les équipes médicales présentes au sein de ces dernières. La fermeture des structures concernées n'est à ce titre pas envisagée et certains médecins évoquent la possibilité de reconversion d'activité permettant le maintien de l'emploi.

C'est bien dans ce cadre et dans le discours des médecins la perspective d'une régulation régionale de la profession dont il s'agit, régulation qui doit dépasser pour ces médecins les intérêts locaux, avec en perspective une réduction de dépenses publiques qu'ils estiment inappropriées (voir aussi à ce propos le chapitre consacré à l'intérim).

En miroir et comme déjà énoncé, les structures de proximité ne forment pas un ensemble homogène, et la présence de certaines trouve toute sa justification pour la plupart des médecins interviewés de part leur éloignement de structures plus importantes ainsi que vis-à-vis de l'activité déployée.

Malgré tout et y compris dans ces structures, les problèmes de recrutement existent et sont susceptibles de mettre en péril à terme leur viabilité. La problématique du manque d'attractivité, notamment pour les jeunes médecins, est de fait évoquée au cours des entretiens.

Par ailleurs, si les phénomènes de dévalorisation et de méconnaissance de la réalité de l'activité de ces structures (déjà abordés dans la partie précédente), jouent leur rôle dans ce manque d'attractivité, un autre facteur est plusieurs fois souligné relatif aux possibilités d'accueil des internes dans ces structures du fait conjugué de certaines structures de proximité non agréées a priori par les CHU en tant que terrain d'accueil des internes d'une part, et de stages non qualifiants d'autre part.

Cette situation limite très fortement l'orientation des internes vers ce type de structures, renforçant ainsi la méconnaissance qu'ils peuvent en avoir et par répercussion leur manque d'attractivité. Comme l'évoquent plusieurs médecins, les internes se tournent plus facilement et dans un second temps vers des structures dont ils connaissent le fonctionnement et les équipes.

Au final, si une réflexion pouvait éventuellement être engagée à ce niveau (notamment pour les internes de fin d'internat du fait des possibilités d'encadrement limitées des structures de proximité), il n'en reste pas moins que la question de la viabilité est plusieurs fois mise en avant en tant que facteur et participant défavorablement au choix d'exercice dans ce type de structures.

L'amplitude horaire et les gardes

Les arguments concernant cet axe d'analyse ne font référence qu'au secteur public et n'ont d'ailleurs été abordés presque exclusivement que par les médecins y exerçant. De plus, et sans forcément que toutes les structures soient concernées, les médecins interviewés ont pu l'évoquer pour tous les types de structures (proximité, référente et CHU).

A quelques exceptions près, constat est passé pour la quasi totalité des médecins, des répercussions des problèmes de démographie médicale sur les carences en personnel, elles mêmes souvent à l'origine d'amplitudes horaires, de temps de travail et de gardes générant fatigue qui se chronicise, usure professionnelle voire risque de burn out.

Quel que soit le fonctionnement adopté vis-à-vis du décompte horaire (décompte en demi-journée ou qui s'appuie sur les heures effectuées sur la base d'une norme que les médecins situent la plupart du temps à 48 heures par semaine y incluant ainsi les heures "théoriquement" supplémentaires), auquel s'ajoute les plages additionnelles (dont le principe du volontariat n'est même plus discuté la plupart du temps) et les gardes, force est de constater que de nombreux praticiens vivent leur exercice comme facteur global de pénibilité sur ce point, dans le cadre d'un travail parfois qualifié d'être exercé en "*flux tendu*".

En miroir, la difficulté de pouvoir accéder à des plages de récupération, voire de tout simplement pouvoir prendre ses congés, majore évidemment fortement la pénibilité ressentie avec par ailleurs les répercussions que cet état de fait peut avoir en termes d'organisation et de disponibilité pour les temps libres et la vie familiale. Les avantages financiers issus notamment des plages additionnelles ne suffisant pas, la plupart du temps, à compenser pour les médecins un besoin de temps personnel estimé insuffisant.

Certains médecins notent aussi les effets délétères sur la régulation et la répartition de la profession au sein des structures de ce qu'ils nomment du "dumping" ou des "inégalités" entre établissements, chacun d'eux ayant des marges de manœuvre (dans le cadre de leurs contraintes locales) vis-à-vis des règles qui régissent la prise en compte des heures supplémentaires (entre 39 et 48 heures).

Enfin, on peut malgré tout remarquer que quelques médecins font état d'organisations négociées entre directions et personnels dans certaines structures, qui permettent, dans le cadre d'amplitudes horaires importantes, d'accéder malgré tout à un minima de régularité entre temps passés au travail et temps de récupération. Ceci jouant en faveur d'une pérennisation de la situation où épuisement et fatigue chronique sont sensiblement contenus, avec parallèlement une amélioration notable des possibilités de conciliation entre vie personnelle et professionnelle.

Au final et sur ce point, si peu de médecins conditionnent directement leur maintien au sein de structures publiques à l'amélioration de cette situation (même si certains médecins évoquent des départs possibles liés à ce point spécifique), il est malgré tout certain qu'elle joue fortement en défaveur de l'exercice en secteur public. Ce point sera d'ailleurs complété par les deux chapitres à suivre.

Les possibilités d'aménagement du temps de travail

En complémentarité au chapitre précédent, la possibilité ou la difficulté d'avoir accès à des temps partiels ou à une réduction du temps passé au travail a été soulignée par plusieurs médecins, notamment par les générations les plus jeunes.

L'importance pour les médecins concerné(e)s, notamment dans un cadre de contraintes horaires fortes, de pouvoir concilier exercice professionnel, vie familiale et éducation/ accompagnement des enfants, est de fait élevée et contradictoire avec des accès souvent difficiles, voire impossibles, à l'éventualité de travailler à temps partiel ou selon des modalités de réduction du temps passé au travail, (possibilité cependant visiblement différenciée selon les structures et les politiques des établissements).

En tout état de cause et pour un certain nombre de médecins, s'ils prennent en compte la difficulté de mise en œuvre de temps partiels ou de réduction du temps passé au travail dans le cadre de structures avec des postes non pourvus, ils soulignent aussi le paradoxe qui conduit au départ possible de praticiens du fait de la difficulté d'y accéder, renforçant encore la désertification médicale et majorant par répercussion le problème dans ces structures.

La question du management médical se pose donc vis-à-vis des choix à réaliser entre prise en compte des souhaits de certains médecins d'accéder à des temps partiels et/ou à une réduction du temps passé au travail, et risque de ne pas pouvoir à terme retenir ces médecins au sein des structures concernées. Notamment lorsque les possibilités d'adaptation du temps de travail peuvent être, de l'avis de plusieurs médecins, beaucoup plus attractives dans le secteur privé qu'en public.

La rémunération

L'aspect rémunération regroupe en tendance trois catégories de médecins et d'internes.

Un premier groupe qui concerne finalement peu de médecins parmi les interviewés, fait de l'aspect rémunération un déterminant clé du choix d'exercice. La possibilité d'une rémunération supérieure en secteur privé conditionne (au moins pour partie), le choix d'y exercer. On peut aussi retrouver dans cette catégorie, des médecins ayant pu avoir accès à des statuts de praticien hospitalier contractuel qui, sans cette possibilité, se seraient retournés, du fait de leurs ambitions salariales, vers le privé.

Le second groupe, lui aussi très minoritaire dans l'échantillon sur lequel s'est appuyé l'enquête, se situe à l'opposé du prisme et considère l'aspect salarial comme non déterminant des choix d'exercice. Pour ces médecins (et/ou ces internes), les conditions salariales offertes par le secteur public sont suffisantes pour assurer une qualité de vie à laquelle ils aspirent. Les choix d'exercice s'appuient de fait sur d'autres éléments développés dans les chapitres précédents qui peuvent concerner à la fois des déterminants liés à l'exercice professionnel ou aux conditions de travail.

On peut malgré tout remarquer que parmi ces médecins, certains soulignent le fait qu'au sein des structures périphériques, les négociations salariales peuvent être plus aisées qu'au CHU sans pour autant que cela soit déterminant dans leurs choix.

Le dernier groupe, fortement majoritaire, oppose secteur public et secteur privé dans l'équilibre à trouver entre salaire, temps passé au travail et qualité de vie qui en découle. Le fait d'observer qu'à salaire égal, l'exercice en secteur privé permet de disposer de temps de repos consacrés à la vie personnelle et familiale et donc d'une qualité de vie largement supérieure qu'en secteur public, est fortement souligné sans pour autant constituer, pour la plupart des médecins, une cause directe de migration vers l'exercice libéral.

Tout particulièrement pour ces médecins, ce sont bien les autres déterminants (vu précédemment), qui sont le plus souvent susceptibles de faire basculer leurs choix, dans un contexte où l'offre privée apparaît à ce niveau plus attractive. L'aspect salarial est dans ce cadre, majoritairement ressenti plus comme un désavantage du secteur public qu'un avantage du secteur privé et ce sont bien les autres déterminants (qualité et contenu de l'exercice ; possibilité de mise en oeuvre d'activités hors clinique ; association aux décisions ; pénibilité ; rémunération des plages additionnelles ; etc...), qui sont dans ce contexte susceptibles de faire basculer les choix. Sur cet aspect et pour ces médecins, un éventuel choix d'exercice en secteur privé serait donc majoritairement plus un choix par défaut qu'un choix lié directement à l'aspect salarial.

On peut enfin rappeler (voir à ce propos le chapitre consacré aux intérimaires), qu'un certain nombre de médecins dénoncent les écarts salariaux entre médecins intérimaires et praticiens statutaires, écarts ressentis comme injustes et vecteurs de dynamique et d'ambiance d'équipe délétères.

La reconnaissance du travail effectué

Au-delà des aspects évoqués dans les parties et les chapitres précédents (qui participent pour certains à la reconnaissance professionnelle), **cet axe d'analyse a été très fortement évoqué et souligné par les internes (fin d'internat) et dans une moindre mesure par les jeunes praticiens pris en compte dans l'enquête.**

Globalement, de façon quasiment unanime, notamment chez les internes (même si une certaine hétérogénéité se manifeste d'une structure à l'autre sur ce point), est mis en avant un sentiment de véritable manque de reconnaissance, voire de manque de respect, dans le cadre de leur activité. Le fait d'être considérés comme des "pions", comme des "bouches trous" revient de manière récurrente, notamment vis-à-vis des tâches effectuées (brancardage par exemple), mais aussi parfois vis-à-vis des services vers lesquels ils peuvent être orientés non pas en fonction de leurs choix ou intérêt professionnel, mais plutôt à partir d'éléments relatifs au besoin de combler des carences de personnel au sein d'équipes déficientes en termes de dynamique professionnelle.

De fait, le sentiment de non reconnaissance s'appuie dans ce cadre sur le fait que le travail effectué n'est, selon les personnes interviewées, jamais (ou très peu) valorisé et s'effectue le plus souvent dans le cadre d'un anonymat dépersonnalisé avec parfois un sentiment de déclassement qui peut s'exprimer, notamment vis-à-vis des chirurgiens qui pourtant "sont aussi des médecins comme nous". Cet état de fait est aussi amplifié du fait d'une situation qui, de transitoire, peut être vécue comme susceptible de se pérenniser, y compris une fois le statut de praticien obtenu.

Cet aspect d'un clivage fortement ressenti entre hiérarchie (médicale, administrative ou encore selon la spécialité des médecins) et futurs (voire jeunes) praticiens au niveau de la reconnaissance du travail effectué, ne joue pas en faveur d'un souhait d'exercer de façon pérenne au sein des structures les plus concernées, même si finalement aucun des interviewés n'a directement lié ce ressenti aux choix d'installation. En tout état de cause, c'est un élément susceptible probablement d'entrer en ligne de compte parmi les autres déterminants déjà évoqués.

Au final, et en lien avec cet aspect de l'enquête, un certain nombre d'internes ainsi que certains médecins interviewés soulignent l'importance de la "séniorisation" des internes en fin de cursus comme facteur susceptible de favoriser l'installation d'un futur médecin au sein de la structure accueillante. En ce sens, les structures référentes, voire de proximité sont des structures qui sont estimées être privilégiées pour mettre en place cette responsabilisation qui nécessite malgré tout un encadrement, responsabilisation qui joue de fait en faveur d'un sentiment de reconnaissance professionnelle.

L'accès à la titularisation

Comme pour le chapitre précédent, cet axe a été évoqué uniquement par quelques internes et jeunes praticiens.

Au-delà d'un véritable déterminant concernant les choix relatifs au mode d'exercice et/ou au type de structure, **c'est sur l'angle des perspectives professionnelles que ce sujet a été abordé avec deux éléments à prendre en compte : l'aspect précarisation et l'aspect confiance dans les perspectives données.**

Concernant l'aspect précarisation, les diverses possibilités offertes post internat, notamment le statut de praticien hospitalier contractuel renouvelé tous les 6 mois et à durée limitée, ne sont pas considéré par quelques interviewés comme suffisantes au regard de la durée du parcours et des efforts de formation. Ce ressenti s'appuie aussi sur les incertitudes relatives aux perspectives offertes à l'issue de cette période intermédiaire.

Concernant l'aspect relatif à la confiance dans les perspectives données (soit à l'issue de l'internat, soit à l'issue d'une période passée sous statut de praticien contractuel par exemple), quelques interviewés témoignent de ruptures de perspectives inattendues (pour eux mêmes ou pour d'autres professionnels), à l'issue de ces moments du parcours professionnel.

Au final, ces deux points ne jouent pas, pour un certain nombre d'interviewés, en faveur d'un engagement au sein d'un CHU.

La responsabilité du médecin face au risque du métier

Ce dernier point relatif aux déterminants liés aux conditions de travail, a été abordé de façon marginale par quelques praticiens.

La peur des procédures pénales et les risques de procès en cas d'accident ou de décès sur table, assumés individuellement en secteur privé et plus collectivement et administrativement en secteur public, a joué, pour quelques médecins, en faveur d'un exercice en public.

En tout état de cause et pour ces médecins, d'autres déterminants (voir les chapitres précédents) ont aussi impacté leurs choix d'exercice.

L'impact sur la vie familiale

C'est bien l'impact de certains déterminants d'ordre professionnel et/ou liés aux conditions de travail sur la vie familiale qui est évoqué comme étant susceptible de contribuer au choix d'un mode ou d'un lieu d'exercice.

Au-delà d'éléments liés aux acquisitions immobilières et comme déjà analysés dans les chapitres précédents, sont notamment évoqués à ce niveau (voir les renvois aux chapitres concernés pour plus de détails) :

- En opposition à l'hyperspécialisation, la polyvalence et le maintien des compétences transversales de façon à favoriser des changements d'établissement plus aisés en cas d'évolution professionnelle (et géographique) du conjoint(e). Ce point jouant en défaveur d'un exercice au sein d'un CHU (voir le chapitre page 20).
- Le décalage des horaires (non programmés) lors des actes opératoires avec les conséquences sur la régulation des heures de sortie du travail et sur la prise en charge d'enfants jeunes, qui joue en défaveur d'un exercice notamment en CHU (voir le chapitre page 23).
- L'exercice au sein de structures dont la pérennité et la viabilité peuvent être remises en question, notamment pour les générations de médecins jeunes ayant des enfants à charge et en cours d'acquisition immobilière (voir le chapitre page 33).
- Au-delà des phénomènes d'amplitudes horaires et de gardes, la difficulté d'avoir accès aux périodes de récupération (voire de congés) ou encore à des temps partiels (ou de modalités de réduction du temps passé au travail), jouent en défaveur d'un exercice au sein des structures concernées (voir les chapitres pages 34 et 35).
- Enfin et au-delà de la simple équation salariale, l'équilibre entre salaire, temps passé au travail et qualité de vie personnelle et familiale, joue en défaveur d'un exercice en secteur public (voir le chapitre page 36).

Vertical line

Le partage d'exercice entre plusieurs établissements

Rappelons qu'au sein du groupe des médecins ayant accepté le principe de participation à l'enquête, un seul (avec lequel un entretien a été réalisé), était effectivement en situation d'exercice partagé (CHU, établissement de proximité). Plusieurs autres médecins avaient par le passé été en situation de partage d'établissement (configuration identique) sans qu'au jour de l'enquête cette situation ne prévale encore.

Pour la totalité des interviewés, lorsqu'ils évoquent la possibilité d'un exercice en partage, c'est quasi exclusivement dans le cadre d'une configuration où des praticiens du CHU (parfois de centres hospitaliers référents) seraient partagés avec des établissements de proximité ayant des problèmes importants de couverture de postes. Comme on va pouvoir le constater, cette représentation qu'ils ont des modalités possibles de l'exercice partagé conditionne pour partie les points de vue recueillis, qui recoupent de nombreux points évoqués dans les chapitres précédents.

De fait, peu de médecins valorisent ce type d'exercice. Malgré tout, ceux qui n'y sont pas opposés mettent en avant d'une part l'aspect positif de la possibilité de diversification du travail en opposition aux spécialisations spécifiques des CHU, d'autre part l'amélioration de la connaissance par des praticiens issus de structures plus importantes, de la réalité concrète de l'exercice en structure de proximité, permettant de dépasser ainsi des a priori souvent présents (richesse, contenu et densité de l'activité, etc.).

En miroir, la plupart des personnes interviewées s'oppose fortement à ce type d'exercice, certains allant jusqu'à déclarer vouloir partir de leur structure actuelle dans l'hypothèse où un partage d'établissement leur serait imposé. Ces positions s'appuient sur des déterminants tant professionnels que liés aux conditions de travail et/ou à la qualité de vie, dont la plupart ont déjà été analysés et pris en compte dans les parties et les chapitres précédents :

- L'absence de sentiment d'appartenance à une véritable équipe avec les conséquences que cela peut éventuellement avoir en terme de possibilités d'investissement sur les temps hors cliniques (voir à ce propos les chapitres pages 17 et 26).

- Le problème conjugué de l'isolement, notamment au moment des gardes d'une part et/ou de la permanence des soins lors de gardes assurées hors site d'autre part, avec en perspective les questions autour de la sécurité des médecins comme des patients (voir le chapitre page 29).
- Le fait de devoir cotoyer professionnellement des médecins intérimaires avec les questions là aussi de sécurité qui s'y rapportent (voir le chapitre page 30).
- Le fait d'avoir le sentiment de participer au "*sauvetage*" artificiel de structures de proximité, notamment lorsqu'elles sont géographiquement proches de structures plus importantes et à faible activité, qui ne devraient pas être pérennisées (au moins dans la partie de leur activité impliquant des prises en charge chirurgicales et/ou anesthésiques). Ce point est d'ailleurs souligné dans l'hypothèse où les postes en partage seraient susceptibles de concerner des praticiens issus de structures référentes, elles mêmes souvent en difficulté de couverture de poste : "*ne pas déshabiller Paul pour habiller Pierre*" (voir à ce propos le chapitre page 33).
- La peur de ne plus être en capacité de maîtriser son emploi du temps dans un contexte où les congés et les récupérations sont déjà parfois difficiles à prendre (voir le chapitre page 34).
- Enfin un dernier point non évoqué dans les chapitres précédents mais souligné par plusieurs médecins : l'inquiétude liée au risque routier notamment nocturne lors de gardes hors site.
- En perspective des deux derniers points, l'impact possible sur la qualité de vie et la vie familiale.

De fait, pour la plupart des médecins et des internes interviewés, les compensations financières envisageables à l'exercice partagé ne peuvent suffire à faire évoluer leurs positionnements.

Enfin et pour conclure sur ce sujet, quelques médecins ont pu évoquer au cours des entretiens, l'hypothèse du développement d'équipes ou de pools de territoire qui leur semblent, au contraire de certaines spécialités médicales pour lesquelles cela peut s'avérer pertinent, inadaptées aux spécificités de l'anesthésie (au-delà du sentiment de ne plus appartenir à une équipe dédiée) et susceptible de participer à une évolution de leur activité vers un exercice de type "*prestataire de service*".

L'attractivité de la région Bretagne et de ses établissements

Les médecins enquêtés ont tous été sollicités en clôture d'entretien sur leur point de vue quant aux facteurs d'attractivité spécifiques à la région Bretagne. On peut noter que systématiquement, les avis exprimés se sont orientés de façon valorisante vers des éléments relatifs à la vie privée :

- qualité du cadre et des conditions de vie,
- proximité des côtes et intérêt des activités extra-professionnelles,
- ouverture et densité de la vie culturelle,
- cohésion du corps social et sérénité des relations sociales,
- accessibilité des logements permettant notamment de raccourcir les trajets domicile-travail,
- qualité du réseau éducatif et de l'enseignement.

Pour enrichir ce chapitre, les deux groupes d'internes (dont plus de la moitié étaient issus de régions hors Bretagne) ont aussi été sollicités sur leurs motivations quant aux choix initiaux de l'inter-région et plus spécifiquement des deux CHU (au-delà des éléments liés à leurs classements).

De ces entretiens ressortent plusieurs éléments à souligner :

• Les contenus de formation : l'équilibre entre théorie et pratique

Si pour les internes rencontrés, le contenu du versant théorique de la formation entre peu en ligne de compte en tant que facteur discriminant de choix d'un CHU (celui-ci étant a priori relativement homogène au niveau de l'inter-région), c'est bien le juste équilibre entre théorie et pratique qui est valorisé.

En opposition à d'autres régions connues par certains internes (tant en prenant en compte la parution du décret censé harmoniser le nombre de demi-journées consacrées à la théorie), et tout en soulignant la nécessité de l'aspect théorique, la plupart des internes valorisent l'importance du temps passé à l'apprentissage pratique, en consultation, en mise en oeuvre de gestes anesthésiques ou au lit du patient notamment. Cet aspect de leur formation est largement valorisé au regard de la qualité de l'expérience acquise dans la perspective de leur exercice futur.

• La participation au choix et la diversité des stages internes au CHU

Sur cet aspect, la possibilité d'être associé à la composition de leur maquette, la possibilité de diversifier fortement les passages d'un service à l'autre, la possibilité de revenir vers certaines spécialités et d'ainsi "doubler" certains services les ayant tout particulièrement intéressés (tout en prenant bien sûr en compte le fait que des règles existent en termes de priorités données aux plus anciens internes), ces trois éléments sont fortement valorisés face à des structures où les parcours sont plus imposés et où "c'est le patron qui décide". Ces possibilités sont l'un des éléments qui participe à l'attractivité de la structure d'accueil référente.

• La qualité et l'accès aux établissements périphériques

Un autre élément valorisé par les internes et ayant contribué au choix du CHU d'accueil concerne la qualité des établissements périphériques où ils sont susceptibles de faire des stages.

Par établissements périphériques, il faut comprendre établissements référents et, en opposition à d'autres régions, c'est bien à la fois le volume d'activité des structures (permettant l'acquisition d'une pratique concrète ainsi que "d'automatismes" professionnels), ainsi que la densité et la continuité de l'encadrement (médecins et infirmiers anesthésistes notamment) qui sont fortement valorisés.

Le fait que, là aussi en opposition à d'autres régions, ces établissements soient, pour un certain nombre d'entre eux, en relative proximité géographique des CHU constitue aussi un facteur d'attractivité.

• Au final, l'importance du contact initial avec le référent

Ce point a été souligné par plusieurs internes, notamment ceux issus d'autres régions, comme un des points clé de leur venue sur la Bretagne.

Sur l'ensemble des points précédents, c'est bien en effet la qualité du relai d'information initial qui peut largement contribuer à l'attractivité de la région et de ses établissements.

Synthèse - conclusion

L'étude présentée a permis de recueillir un matériel qualitatif très dense et très important en quantité qui a demandé un véritable travail de réduction et de synthèse, de façon à pouvoir faire ressortir les points les plus saillants exprimés par les médecins pris en compte dans l'enquête. Ce travail fait l'objet de la restitution des résultats.

De fait et pour ne pas faire une synthèse finale trop réductrice ne permettant pas de valoriser les résultats obtenus, nous nous contenterons en conclusion de rappeler les éléments essentiels en renvoyant le lecteur aux différents chapitres concernés.

Tout d'abord, l'échantillonnage réalisé à partir des médecins ayant donné un accord de principe pour un entretien, correspond bien aux critères définis avec le comité de suivi de l'étude et présente donc les caractéristiques de diversité recherchées vis-à-vis des critères d'échantillonnage. Il comporte malgré tout quelques limites liées notamment à la difficulté de recruter des médecins en partage d'établissement, des médecins intérimaires réguliers et des médecins exerçant au sein du secteur privé lucratif.

Par ailleurs et concernant le déroulement du processus de recueil, l'adhésion des médecins à l'enquête peut être estimée excellente en lien avec la durée des entretiens, témoin d'une forte disponibilité des médecins sur les sujets abordés par l'étude. C'est bien cet intérêt et cette disponibilité qui ont permis le recueil d'un matériel fourni dont il est fait mention ci-dessus.

Au niveau des résultats obtenus, l'analyse répond aux objectifs assignés à l'enquête vis-à-vis notamment d'une amélioration de la connaissance des motivations et des critères des choix des modes (public ou privé) et des lieux d'exercice (selon le type de structure) des médecins anesthésistes. Par répercussion, les éléments relatifs aux freins (ou aux facteurs favorisant) un exercice partagé ont aussi pu être abordés car finalement intrinsèquement liés au premier axe d'analyse

Pour de nombreux déterminants (liés à l'exercice professionnel et/ou liés aux conditions de travail), susceptibles de contribuer aux choix des médecins (mode d'exercice et type de structure), on s'aperçoit souvent que l'histoire professionnelle et les conditions ponctuelles et locales d'exercice dépassent les classifications liées au mode d'exercice ou au type de structure. Les déterminants en faveur ou en défaveur d'un choix pouvant dans un certain nombre de cas être retrouvés (ou non) indépendamment du mode et lieu d'exercice.

La restitution des résultats a donc été structurée autour des déterminants professionnels puis de ceux liés aux conditions de travail. La prise en compte des aspects liés au mode et/ou au type de structure ayant été abordée au sein de chaque déterminant exposé lorsque cela s'avérait pertinent.

Au niveau des déterminants liés à l'exercice professionnel, ils apparaissent prépondérants et ont été largement abordés par les interviewés.

La dimension collective du travail et le sentiment d'appartenance à une équipe (page 17), ainsi que l'association et l'implication des médecins dans les projets à contenu médical ou concernant plus globalement les établissements où ils exercent (page 27) sont deux axes qui pèsent dans les choix effectués.

La pratique elle-même et ses différents aspects (hyperspécialisation ou polyvalence (page 20) ; densité de l'activité (page 22)) ou encore la part des temps professionnels hors pratique clinique (page 26), est aussi apparue comme un axe priorisé par les médecins interviewés vis-à-vis des choix réalisés.

D'autres axes relatifs à l'exercice professionnel plus en lien avec les aspects organisationnels ont aussi été mis en avant par les médecins tels par exemple ceux relatifs à l'organisation des prises en charge (page 23) ou encore au poids pris par l'administration dans l'exercice médical (page 28).

Enfin, les préoccupations liées à la sécurité des patients comme des médecins, ont aussi largement été mentionnées comme déterminants susceptibles de participer aux choix, notamment vis-à-vis de la problématique des intérimaires (page 30), de l'impact de la pression financière (page 25) ou encore des ressources humaines présentes dans les structures (page 29).

Concernant les déterminants liés aux conditions de travail, ils sont aussi très présents dans les éléments recueillis.

Les déterminants relatifs à la pénibilité via l'amplitude horaire, les gardes et les possibilités de récupération (page 34) ainsi que vis-à-vis des possibilités d'aménagement du temps de travail (page 35) contribue largement aux choix des médecins.

Sur cet axe des déterminants liés aux conditions de travail, l'équilibre à trouver entre temps passé au travail, rémunération et qualité de vie (page 36) est lui aussi fortement mis en avant ainsi que les aspects liés à la reconnaissance du travail effectué (page 37).

D'autres déterminants ont enfin pu être évoqué sur cet axe des conditions de travail dont la viabilité et la pérennité des structures au sein desquelles les médecins sont susceptibles d'exercer (page 33).

Au final, l'enquête a permis de mettre en lumière un ensemble de déterminants qui sous-tendent les choix des médecins. Un travail d'appropriation et de concertation pourra être engagé à partir de cette étude entre les professionnels, leurs représentants et les autorités sanitaires dans l'objectif d'une part de contribuer à une amélioration de la régulation régionale de la profession, d'autre part de favoriser des conditions d'exercice professionnel au bénéfice des médecins comme des patients.

Vertical line

Annexes

**Annexe 1 : fiche individuelle d'éléments nécessaires
à l'échantillonnage**

Annexe 2 : guide d'entretien thématique

Vertical line

Annexe 1 : fiche individuelle d'élé- ments nécessaires à l'échantillonnage

**Déterminants des choix d'installation des médecins anesthésistes de Bretagne
Fiche profil des médecins ayant donné leur accord de principe pour un éventuel entretien**

Vous n'êtes pas concernés par cette enquête si :

- vous avez un exercice **mixte salarié et libéral** ;
- vous exercez dans le cadre d'une activité de **réanimation** médicale ou chirurgicale.

Dans ces deux cas, merci de ne pas remplir ce questionnaire.

Coordonnées du médecin

Téléphone :

Mail :

Etablissement	
Nom et Prénom du médecin	
Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Année de naissance	
Mode d'exercice actuel	<input type="checkbox"/> Salarié sans partage d'établissement ↳ Si oui : Intérimaire régulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Salarié partagé entre plusieurs établissements <input type="checkbox"/> Libéral sans partage d'établissement <input type="checkbox"/> Libéral partagé entre plusieurs établissements <input type="checkbox"/> Autre : _____
Année de prise de fonction dans l'établissement actuel	
Parcours antérieur entre établissements	<ul style="list-style-type: none"> • Parcours entre établissements publics ? ↳ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Parcours entre établissements privés ? ↳ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Passage du public vers le privé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • <input type="checkbox"/> Autre : _____
Région d'internat	<input type="checkbox"/> Bretagne <input type="checkbox"/> France - Hors Bretagne <input type="checkbox"/> Pays étranger

Annexe 2 : guide d'entretien thématique

- **Présentation de l'enquête et de ses objectifs**
- **Anonymat**
- **Présentation/exploration de la situation du médecin (statut ; type d'exercice ; parcours...)**

- **Seront pris en compte dans un premier temps les réponses spontanées aux questions posées ci-après. Dans un second temps, des relances sur les différents thèmes principaux (non abordés spontanément par l'interviewé), seront faites et les éléments saillants hiérarchisés.**

1) Quels sont les éléments qui ont contribué à déterminer le choix de votre mode d'exercice actuel (public ; privé ; ESPIC + exercice partagé)

Voir les thèmes à explorer ci-après après réponse(s) spontanée(s) de l'interviewé

2) Selon la situation (voir ci-dessous), quels sont les facteurs qui impactent sur le fait :

- D'avoir évolué dans le temps
- De vouloir s'y maintenir
- De vouloir en partir

Id

3) Quels sont les éléments qui ont contribué à déterminer le choix de la structure d'exercice actuelle

Id

4) Selon la situation (voir ci-dessous), quels sont les facteurs qui impactent sur le fait :

- D'avoir évolué dans le temps
- De vouloir s'y maintenir
- De vouloir en partir

Id

5) Envisagez-vous éventuellement un exercice partagé (sites hospitaliers publics)

- Facteurs favorables / défavorables

6) Atouts relatifs à l'attractivité de la Bretagne

Différencier la primo installation et le changement en cours de carrière

➤ Question 1 à 4

➤ Facteurs relatifs à l'exercice professionnel

- Sentiment de respect, de reconnaissance du travail réalisé
- Travail centré sur le cœur de métier
- Temps médical (in)suffisant par rapport au temps de travail
- Conflit/relation/poids de l'administration (pesanteur administrative)
- Utilisation des compétences
- Diversité et nature de l'exercice
- Relations inter services
- Collaboration avec d'autres spécialités
- Fonctionnement pluri disciplinaire
- Qualité des équipes paramédicales
- Niveau d'échange dans les équipes – Qualité du travail d'équipe
- Relation inter personnelles ; climat de travail
- Moyens techniques pour assurer le travail
- Accès à des plateaux techniques spécifiques
- Moyens humains pour assurer le travail
- Niveau de qualité des soins (réponse aux besoins des patients)
- Rationnement budgétaire
- Possibilité d'assurer sa FMC
- Possibilité d'avoir une activité de recherche et/ou d'enseignement
- Qualité de l'accueil et de la formation des internes (voir ci-dessous).

➤ Facteurs personnels

- Santé perçue (impact des conditions de travail sur la perception de sa santé)
- Compatibilité vie familiale/vie professionnelle (horaires ; gardes..)
- Compatibilité loisirs, activités personnelles/vie professionnelle (horaires ; gardes..)
- Possibilité de temps partiels

➤ **Facteur organisationnel – conditions de travail**

- Gardes / astreintes / nombre de nuits
- Durée hebdomadaire du travail (temps passé au travail)
- Amplitude horaire

- Pression temporelle ; rythme du travail
- Organisation productiviste

- Niveau de stress, d'épuisement, de fatigue, risque de burn-out
- Epuisement professionnel

- Conflit/relation/poids de la hiérarchie (harcèlement ; autonomie ; association aux décisions....)
- Participation à la gouvernance ; management participatif
- Association à la formulation du projet d'établissement
- Maîtrise/association à l'organisation du travail

- Autonomie, latitude dans l'accomplissement des tâches

- Possibilité de titularisation
- Possibilité de promotion professionnelle

- Satisfaction par rapport au niveau de salaire
- Prime à l'exercice multi-sites

- Possibilité d'aménagement fin de carrière (temps partiel ; utilisation du CET ; retraite progressive)

➡ **Question 5**

- Diversité des contextes d'exercices
- Diversité des activités exercées
- Impératifs liés à la démographie/désertification médicale
- Incitation financière
- Lien avec les contraintes personnelles : éloignement des structures
- Négociations possibles en termes de temps de travail partagé

