



Satisfaction des internes de Médecine Générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Anaëlle Monfort

► To cite this version:

Anaëlle Monfort. Satisfaction des internes de Médecine Générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-01001726

HAL Id: dumas-01001726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01001726>

Submitted on 4 Jun 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BREST-BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE

Année 2012

N°

THESE DE
DOCTORAT en MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Mademoiselle MONFORT Anaëlle

Née le 12 Juin 1984 à Quimper (29)

Présentée et soutenue publiquement le 30 Novembre 2012

SATISFACTION CHEZ LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE : ENQUETE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Président

Monsieur le Professeur DEWITTE Jean-Dominique

Membres du Jury

Monsieur le Professeur LE RESTE Jean-Yves

Monsieur le Docteur LE FLOC'H Bernard

Madame le Docteur LIETARD Claire

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE B R E S T

DOYENS HONORAIRES : Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN

Professeur C. BERTHOU

PROFESSEURS EMERITES

Professeur BARRA Jean-Aubert

Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire

Professeur LAZARTIGUES Alain

Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES EN SURNOMBRE

Professeur BLANC Jean-Jacques

Cardiologie

Professeur CENAC Arnaud

Médecine Interne

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
GARRE Michel	Maladies Infectieuses-Maladies tropicales
MOTTIER Dominique	Thérapeutique

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BOSCHAT Jacques	Cardiologie & Maladies Vasculaires
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophtalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie

LE NEN Dominique
LOZACH' H Patrick
MANSOURATI Jacques
OZIER Yves
REMY-NERIS Olivier
ROBASZKIEWICZ Michel
SENECAIL Bernard
SIZUN Jacques
TILLY - GENTRIC Armelle

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Digestive
Cardiologie
Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Médecine Physique et Réadaptation
Gastroentérologie - Hépatologie
Anatomie
Pédiatrie
Gériatrie & biologie du vieillissement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2^{EME} CLASSE

BAIL Jean-Pierre
BERTHOU Christian
BEZON Eric
BLONDEL Marc
BOTBOL Michel
CARRE Jean-Luc
COUTURAUD Francis
DAM HIEU Phong
DEHNI Nidal
DELARUE Jacques
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie
DUBRANA Frédéric
FOURNIER Georges
GILARD Martine
GIROUX-METGES Marie-Agnès
HU Weigo

Chirurgie Digestive
Hématologie – Transfusion
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Biologie cellulaire
Psychiatrie Infantile
Biochimie et Biologie moléculaire
Pneumologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Nutrition
Rhumatologie
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Urologie
Cardiologie
Physiologie
Chirurgie plastique, reconstructrice et
esthétique ; brûlologie

LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
STINDEL Eric	Biostatistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

PROFESSEURS ASSOCIES

LE RESTE Jean Yves	Médecine Générale
--------------------	-------------------

MAÎTRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
-
PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

ABALAIN-COLLOC Marie Louise	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
AMET Yolande	Biochimie et Biologie moléculaire
LE MEVEL Jean Claude	Physiologie
LUCAS Danièle	Biochimie et Biologie moléculaire
RATANASAVANH Damrong	Pharmacologie fondamentale
SEBERT Philippe	Physiologie

1ERE CLASSE

ABALAIN Jean-Hervé	Biochimie et Biologie moléculaire
AMICE Jean	Cytologie et Histologie
CHEZE-LE REST Catherine	Biophysique et Médecine nucléaire
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
JAMIN Christophe	Immunologie
MIALON Philippe	Physiologie
MOREL Frédéric	Médecine & biologie du développement et de la reproduction
PERSON Hervé	Anatomie
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
UGO Valérie	Hématologie, transfusion
VALLET Sophie	Bactériologie – Virologie ; Hygiène
VOLANT Alain	Anatomie et Cytologie Pathologiques

2EME CLASSE

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Géraud	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES - CHAIRE INSERM

MIGNEN Olivier	Physiologie
----------------	-------------

MAITRES DE CONFERENCES

AMOUREUX Rémy	Psychologie
HAXAIRE Claudie	Sociologie – Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS

BARRAINE Pierre

Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard

Médecine Générale

NABBE Patrice

Médecine Générale

AGREGES DU SECOND DEGRE

MONOT Alain

Français

RIOU Morgan

Anglais

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Dominique DEWITTE,

Vous me faites l'honneur de présider le Jury de cette thèse, soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves LE RESTE,

Merci pour tes conseils avisés tout au long de ce travail ainsi que pour ta disponibilité.

A Monsieur le Docteur Bernard LE FLOC'H,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir donné l'opportunité de travailler sur ce sujet qui fut passionnant. Je te suis reconnaissante pour tes conseils et ton aide tout au long de ce travail.

A Madame le Docteur Claire LIETARD,

Vous me faites l'honneur de votre présence dans le jury de cette thèse, soyez assurée de ma gratitude et de ma profonde considération.

Au Docteur Yvon LUCAS,

Merci infiniment de m'avoir accompagnée durant ces trois années d'internat. Je vous suis reconnaissante de tous vos conseils, de votre patience. Je suis ravie de venir travailler avec vous à l'avenir, et de pouvoir continuer à apprendre à vos côtés.

Aux Docteurs Muriel AUGUSTIN, Véronique MAGADUR, Stéphane RICHARD,

Grâce à vous, mes stages en ambulatoire ont été passionnants et enrichissants. Vous m'avez appris tant de choses, je vous en suis très reconnaissante. Merci infiniment pour votre gentillesse et votre écoute.

Aux Docteurs Estelle MICHELET, Benjamin STAUMONT et Yves HERVE,

Merci pour votre aide, votre gentillesse, votre bonne humeur. J'ai été enchantée de travailler à vos côtés.

Aux Médecins et équipes du service de Gériatrie de Quimperlé, des Urgences de Douarnenez, de la Pédiatrie de Quimper, du centre de soins pour enfants et adolescents de Bohars,

Merci pour votre patience, vos conseils et surtout merci pour tous les fous rires que l'on a pu avoir ensemble !

Aux professionnels de la maison de santé de Melgven,

Merci pour votre gentillesse et votre accueil. C'est avec un réel plaisir que j'intègre votre équipe.

A Gilles, Florence, Sylviane, Virginie, Pierre, Maryline,

Merci pour vos conseils et vos critiques constructives lors des groupes de thèse. Merci d'avoir rendu ces moments de travail agréables et conviviaux.

Aux internes qui ont participé à cette thèse,

Merci d'avoir pris de votre temps (qui manque tant durant l'internat !) pour répondre à mes questions. Merci infiniment pour votre enthousiasme ! Sans vous, ce travail n'existerait pas.

A Benoit,

Merci pour ta patience, ton aide, ton amour. Tu me rends heureuse (même quand tu me taquines !) et je t'en remercie infiniment.

A mes parents, Josiane et Patrick,

Sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci pour tout ce que vous avez fait et faites encore pour moi. Merci de m'avoir encouragé et soutenu toutes ces années. Merci papa pour ton aide précieuse lors de ce travail. Cette thèse est pour vous.

A mon frère Sébastien et Vanessa,

Sébastien, notre relation n'a pas toujours été un long fleuve tranquille mais tu as toujours été là pour jouer ton rôle de grand frère, de protecteur. Merci d'être là.
Vanessa, merci d'avoir donné à mon frère une famille. Merci de me faire toujours autant rire !

A mes deux adorables terreurs, Kyliana et Tiara,

Merci d'égayer mes journées, lorsque je vous vois, avec vos rires et vos bêtises. Que vos vies soit heureuses et pleines de surprises.

A mes oncles, tantes, cousins, cousines, grand-parents,

Les moments passés avec vous sont toujours un réel plaisir. Juste merci d'être ce que vous êtes.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueilli parmi vous. Merci pour votre gentillesse et votre générosité.

A mes amis, Alex, Eric, Gayo, Johann, Juliane, Pierre, Sterenn,

Malgré les années qui ont passé et mon manque de disponibilité par moments, vous avez toujours été présents. Merci pour tout, sans vous ma vie aurait été et serait moins drôle...

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	18
<u>I. DEFINITION DE LA MEDECINE GENERALE</u>	19
<u>II. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE</u>	21
2.1 <u>Etat des lieux en 2011</u>	21
2.1.1 Les effectifs et le mode d'exercice	21
2.1.2 La densité des médecins généralistes	22
2.1.3 Les flux migratoires et le solde entrées/sorties	23
2.2 <u>Les perspectives à l'horizon 2030</u>	24
2.2.1 Les causes de la crise démographique	24
2.2.2 L'évolution démographique	29
<u>III. LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE</u>	31
3.1 <u>Effectifs et répartition 2010-2014</u>	31
3.2 <u>Affectation des internes à l'issu des ECN 2010</u>	32
<u>IV. LA SATISFACTION AU TRAVAIL</u>	34
4.1 <u>Les facteurs de satisfaction au travail</u>	34
4.1.1 Les théories	34
4.1.1.1 Les théories des besoins-mobiles-valeurs	35
4.1.1.2 Les théories du choix cognitif	37
4.1.1.3 Les théories de l'autorégulation – métacognition	38
4.1.2 Les outils d'évaluation	38
4.1.2.1 Les mesures de satisfaction globales	39
4.1.2.2 Les mesures de satisfaction à facettes	39
4.2 <u>Les facteurs de satisfaction des internes et jeunes médecins généralistes</u>	40
<u>V. LE PROJET WOMANPOWER</u>	42
<u>VI. QUESTION DE RECHERCHE</u>	43
<u>MATERIEL ET METHODE</u>	44
<u>I. LA RECHERCHE QUALITATIVE</u>	45
1.1 <u>Définition et objectifs d'une méthode qualitative</u>	45
1.2 <u>La Grounded theory</u>	45

II. <u>ELABORATION DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS</u>	46
2.1 <u>Principes des entretiens semi-directifs</u>	46
2.2 <u>Elaboration du guide d'entretien</u>	46
2.3 <u>Recrutement des internes et critères d'inclusion</u>	46
III. <u>L'ECHANTILLONAGE</u>	47
IV. <u>CONDITIONS PRATIQUES DU RECUEIL DES DONNEES</u>	47
4.1 <u>Déroulement des entretiens</u>	47
4.2 <u>Retranscription des données</u>	48
V. <u>L'ANALYSE DES DONNEES</u>	48
5.1 <u>Le codage ouvert</u>	48
5.2 <u>Le codage axial</u>	48
5.3 <u>Le codage sélectif</u>	49
<u>RESULTATS</u>	50
I. <u>DESCRIPTION DE L'ETUDE</u>	51
1.1 <u>L'échantillon</u>	51
1.2 <u>La saturation des données</u>	51
1.3 <u>L'analyse</u>	51
II. <u>LES FACTEURS DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE</u>	52
2.1 <u>Les différentes étapes de l'installation</u>	52
2.1.1 Avant l'installation	52
2.1.2 L'installation	52
2.1.3 L'avenir	54
2.2 <u>L'organisation</u>	55
2.2.1 L'organisation du cabinet	55
2.2.2 L'organisation du temps de travail	55
2.3 <u>L'exercice</u>	56
2.3.1 La liberté dans l'exercice professionnel	56
2.3.2 Le rôle du médecin généraliste	57
2.3.3 La variété du mode d'exercice	59
2.3.4 L'intérêt des visites à domicile	61
2.3.5 La permanence des soins	61
2.4 <u>La stimulation intellectuelle</u>	62
2.4.1 La stimulation intellectuelle	62
2.4.2 Un apprentissage permanent	62

2.4.3 La formation médicale.....	62
2.5 <u>La maitrise de stage</u>	63
2.6 <u>La relation</u>	63
2.6.1 La relation médecin/patient.....	63
2.6.2 La relation aux confrères/ aux autres professionnels de santé	65
2.6.3 La relation avec la communauté sociale.....	66
2.7 <u>La reconnaissance</u>	67
2.8 <u>Les facteurs de satisfaction identitaire</u>	67
III. <u>LES FACTEURS DE SATISFACTION PERSONNELLE</u>	68
3.1 <u>Les facteurs de satisfaction liés à la famille</u>	68
3.2 <u>Les facteurs de satisfaction personnelle</u>	69
3.2.1 Liés à la vie privée.....	69
3.2.2 Liés au métier.....	70
<u>DISCUSSION</u>	72
I. <u>DISCUSSION SUR LA METHODE</u>	73
1.1 <u>Originalité et forces de l'étude</u>	73
1.2 <u>Les limites et biais de l'étude</u>	73
1.2.1 Limites et biais liés à la méthode de recueil des données..	73
1.2.2 Biais liés à l'analyse des données.....	75
II. <u>DISCUSSION SUR LES RESULTATS</u>	75
2.1 <u>Les attraits de la Médecine Générale</u>	75
2.2 <u>L'organisation et la façon d'exercer</u>	78
2.3 <u>L'importance d'une vie privée épanouie</u>	80
2.4 <u>Un avenir serein</u>	81
III. <u>PERSPECTIVE D'APPROFONDISSEMENT</u>	81
<u>CONCLUSION</u>	83
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	85
<u>ANNEXES</u>	91

ABREVIATIONS

- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire.
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.
- DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire.
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
- DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale.
- ECN : Epreuves Classantes Nationales.
- EGPRN : European General Practice Research Network.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- ONPDS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.
- T2A : Tarification à l'Activité.
- TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales.
- URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.
- URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et des Affaires Familiales.
- WONCA : World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

INTRODUCTION

I. DEFINITION DE LA MEDECINE GENERALE.

Le médecin généraliste est aujourd'hui le spécialiste des soins primaires. Il est le premier niveau de contact des patients avec le système de santé. Cette spécialité médicale constitue, depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [50], le «pivot» du parcours de soins.

Définir cette spécialité de façon exhaustive n'est pas chose facile.

La première définition a été établie par le groupe de Leeuwenhorst en 1974. Celui-ci caractérise le médecin généraliste par son mode d'exercice, ses missions et sa place dans un système de soins. Cette approche est donc centrée sur le praticien et spécifie le cadre d'exercice de cette spécialité. Les principes fondamentaux de la discipline scientifique qu'est la Médecine Générale n'apparaissent pas dans cette définition.

En 1978, lors de la conférence d'Alma Ata [1], l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la notion de soins primaires comme étant *« des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté [...]. Ils (les soins de santé primaires) font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »*

En 2002, la WONCA (World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) établit une définition européenne, consensuelle, de la Médecine Générale/ Médecine de Famille [2]:

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement

ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

Selon cette définition, la médecine générale comporte onze caractéristiques particulières :

- 1. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.*
- 2. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*
- 3. Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.*
- 4. Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*
- 5. Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*
- 6. Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*
- 7. Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- 8. Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*
- 9. Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*
- 10. Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*
- 11. Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.*

Ces caractéristiques peuvent se regrouper en six compétences fondamentales, que chaque médecin généraliste/ médecin de famille se doit de maîtriser dans sa pratique quotidienne:

- 1. La gestion des soins de santé primaires.*
- 2. Les soins centrés sur la personne.*
- 3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes.*
- 4. L'approche globale.*
- 5. L'orientation communautaire.*
- 6. L'adoption d'un modèle holistique.*

Cette définition doit permettre l'harmonisation des cursus universitaires mais aussi des compétences nécessaires aux médecins généralistes, à l'échelle européenne.

II. LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE.

2.1 Etat des lieux en 2011.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié le 14 juin 2011 l'atlas de la démographie médicale en France, réalisé à partir des chiffres des tableaux de l'Ordre au 1^{er} janvier 2011 [3].

2.1.1 Les effectifs et le mode d'exercice.

Au 1^{er} janvier 2011, l'Ordre National des Médecins recense 264 466 médecins inscrits (soit une augmentation de 1,2% en un an) dont 216 145 actifs et 48 321 retraités (soit une augmentation de 30,6% en un an).

Sur les médecins inscrits, 199 987 médecins exercent une activité régulière (définie par le fait d'exercer une activité au même endroit, ce qui exclut les médecins remplaçants). Ce chiffre est stable par rapport au 1^{er} janvier 2010 (baisse de 0.03% en un an). Les médecins généralistes représentent 46,7% de cet effectif.

Parmi les 93 394 médecins généralistes en activité régulière, on recense :

- 55 136 médecins libéraux exclusifs, soit 59,04% de l'effectif,
- 31 568 médecins salariés, soit 33,80% de l'effectif,
- 6 604 médecins ont un exercice mixte, soit 7,07% de l'effectif,
- 34 médecins n'ont pas d'exercice déclaré, soit 0,04% de l'effectif,
- Et, enfin, 52 médecins ayant d'autres activités, salariées ou libérales, soit 0,06% de l'effectif.

Depuis une dizaine d'années, le secteur libéral souffre d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et, plus particulièrement, hospitalier, aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes. Après avoir connu l'an dernier une nouvelle diminution, il est cependant intéressant de noter que le choix de l'exercice libéral par les jeunes médecins est plus important, même s'il reste très minoritaire (9,4 % des nouveaux inscrits toutes spécialités confondues).

Les médecins généralistes en activité libérale sont âgés en moyenne de 53 ans et sont majoritairement des hommes (69,5%).

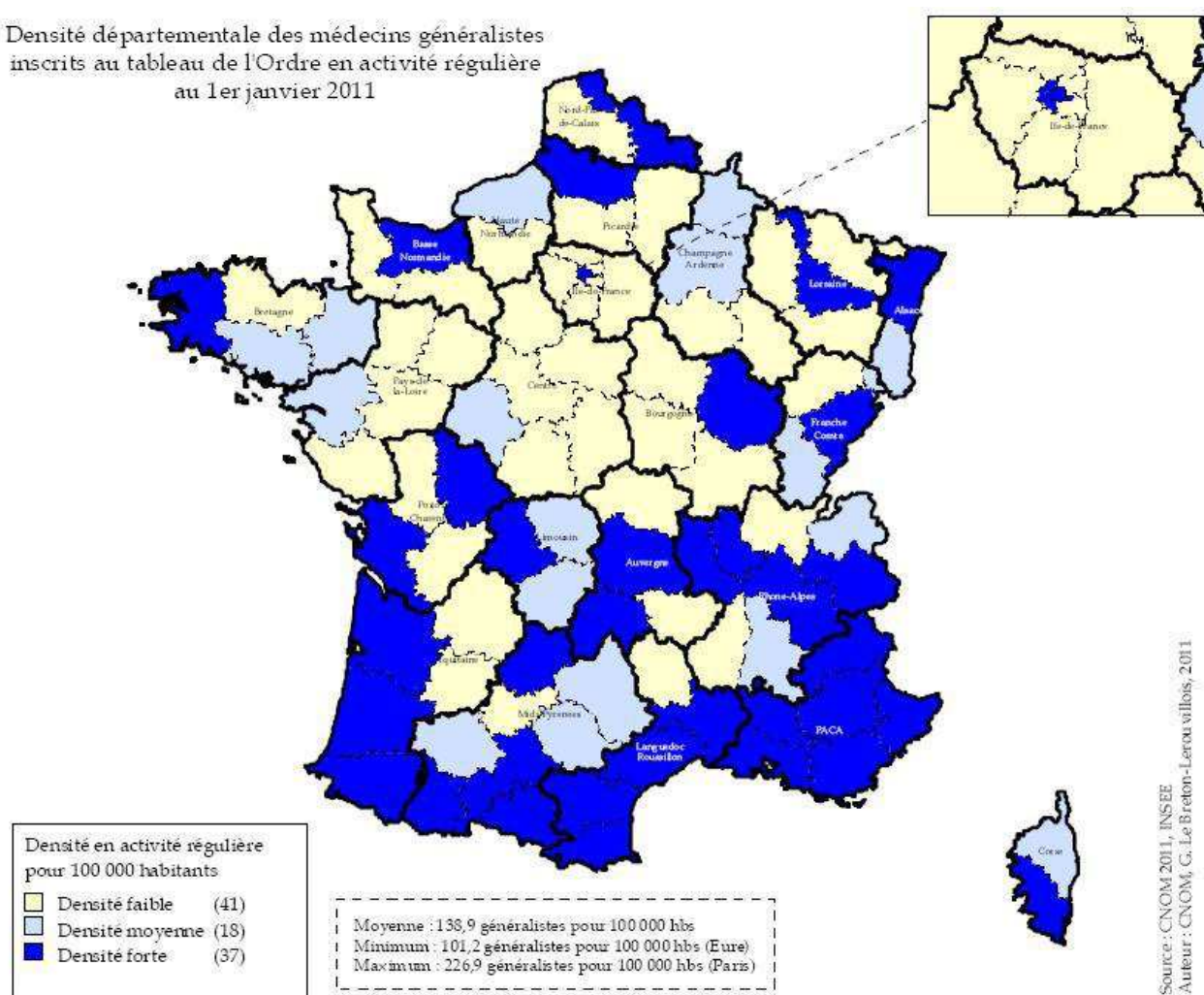
2.1.2 La densité des médecins généralistes.

En moyenne, la densité départementale des médecins généralistes en activité régulière est de 138,9 pour 100 000 habitants. Mais, ce chiffre masque de profondes disparités territoriales.

Ainsi, l'analyse de la carte 1 montre que les départements du pourtour méditerranéen sont toujours très attractifs (densité de 166 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour la région, et 208,6 pour le département des Hautes-Alpes), de même que la Côte Atlantique, l'Est de la France, Paris (226,9) et le Nord.

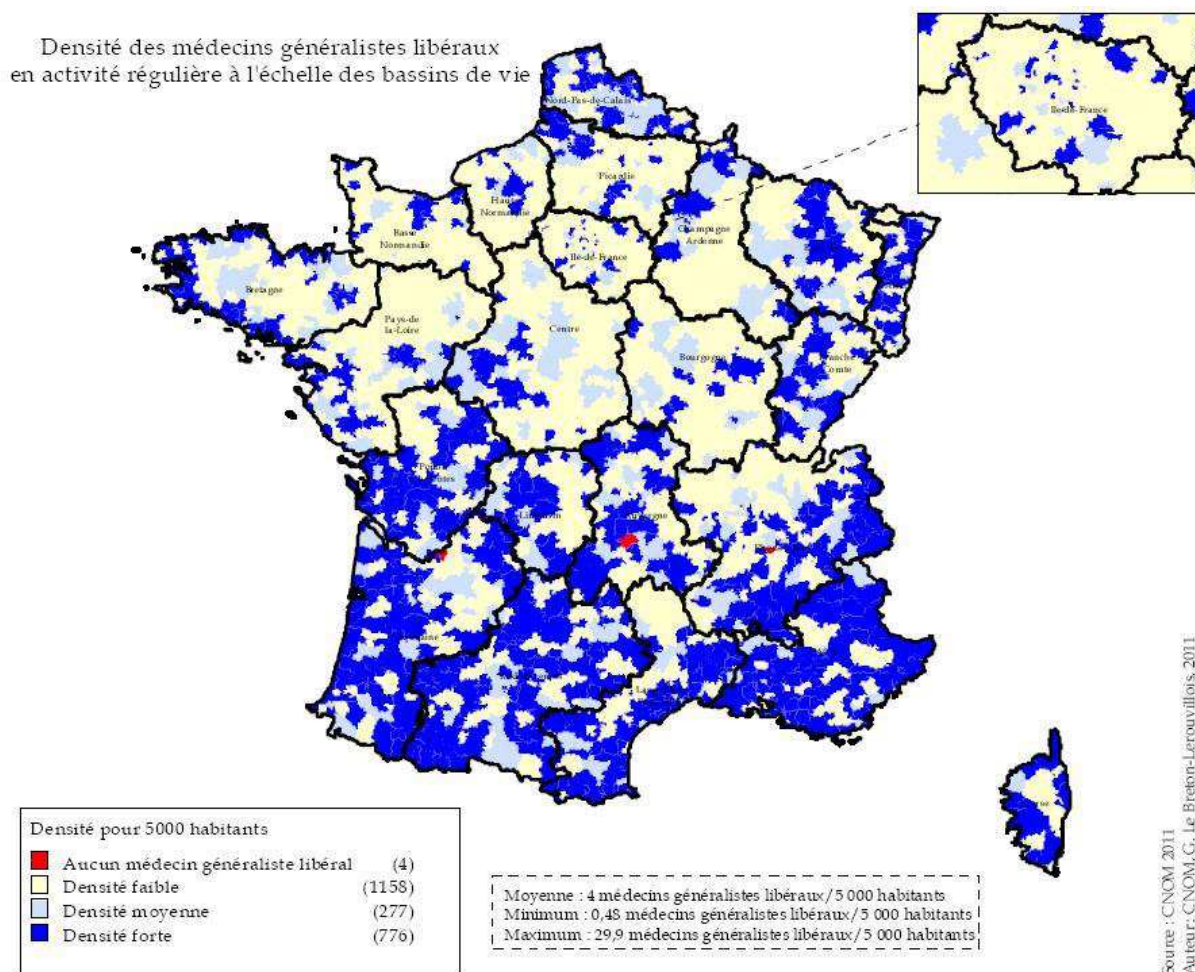
A l'opposé, les départements de l'Eure (101,2), du Cher (105,3), de la Mayenne (105,4) et de l'Ain (105,6) peuvent être qualifiés de déserts médicaux au regard des chiffres recensés.

Densité départementale des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1er janvier 2011



Carte 1 : Densité départementale des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2011.

Mais, ces données sont à nuancer. Une analyse plus approfondie au sein même des régions et des départements souligne également des disparités importantes en terme de densité des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie (qui est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante et à l'emploi) (carte 2). En moyenne, elle est de 4 médecins généralistes pour 5 000 habitants, avec un minimum de 0,45 pour 5 000 et un maximum de 29,9 pour 5 000.



Carte 2 : Densité des médecins généralistes libéraux en activité régulière à l'échelle des bassins de vie.

Il faut également noter qu'un bassin de vie sur deux se caractérise par la présence de médecins généralistes libéraux âgés de plus de 53 ans.

2.1.3 Les flux migratoires et le solde entrées/sorties.

L'analyse des flux migratoires des médecins nouvellement inscrits au cours de l'année 2010 permet d'identifier les zones géographiques attractives qui forment les médecins et les conservent. En moyenne, 62% des médecins diplômés d'une région y restent pour

exercer leur profession. Toutefois, on constate que les régions à faible densité médicale rencontrent des difficultés à garder les médecins qui s'y sont formés. Les départements qui bénéficient d'une Faculté de Médecine sur leur territoire ont la particularité de conserver leurs médecins.

Concernant le solde des entrées et des sorties, toutes spécialités confondues, pour l'année 2010, le Conseil de l'Ordre recense 5 392 nouvelles inscriptions (soit une augmentation de 2,5% par rapport à 2009) et 4 310 médecins sortants (soit une augmentation de 11,2% par rapport à l'année précédente).

L'âge moyen de l'entrée à l'Ordre est de 34,6 ans : 33 ans pour les femmes et 36 ans pour les hommes.

Parmi les nouveaux inscrits au 1er janvier 2011, 70% ont choisi d'exercer leur activité en tant que médecin salarié, 20% en tant que médecin remplaçant et 9,4% en qualité de médecin libéral exclusif. Parmi ces médecins ayant fait le choix d'exercer en libéral, 23% d'entre eux se sont installés dans une commune rurale.

Pour ce qui est de la Médecine Générale, on note 2004 entrants et 2993 sortants pour l'année 2010. Cette spécialité, comme sept autres, enregistre donc un solde négatif.

La répartition selon le mode d'exercice est bien différente des autres spécialités. Ainsi, près de 18% des entrants ont décidé d'exercer en libéral, 37% en tant que salarié, 44% en tant que médecin remplaçant et moins de 1% ont une activité mixte.

2.2 Perspectives à l'horizon 2030.

Les projections en ce qui concerne la démographie médicale en France sont alarmantes pour les années à venir : 10 % de médecins en moins en 2020 par rapport à 2007, baisse de 25% des médecins exerçant dans les zones rurales en 2030, diminution de 10,6% de la densité médicale d'ici 2030. Cette perspective alimente notre inquiétude quant à l'accès aux soins pour tous.

Les raisons de cette crise démographique à venir sont multiples.

2.2.1 Les causes de la crise démographique. [14] [15]

➤ Le vieillissement du corps médical et le numerus clausus.

Actuellement, l'âge moyen des médecins en exercice est de 51,4 ans (respectivement 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes). Les plus de 55 ans représentent 42,9% des praticiens en exercice [5].

En ce qui concerne les médecins généralistes, 30% de ceux exerçant en libéral ont plus de 55 ans [5]. Ils sont par ailleurs surreprésentés dans les départements ayant les plus faibles densités médicales, c'est-à-dire en milieu rural. Ce constat conduit à envisager

une accentuation des disparités régionales en terme d'offre de soins dans les années à venir.

La pyramide des âges (figure 3) est d'ailleurs explicite quant à l'évolution de cette démographie. Elle nous montre des départs en retraites massifs dans les années à venir. Mais, ceux-ci ne seront pas compensés par les entrées dans la vie active, comme nous l'indique la base de la pyramide, resserrée (les praticiens de moins de 44 ans ne représentent que 24% de l'effectif total).

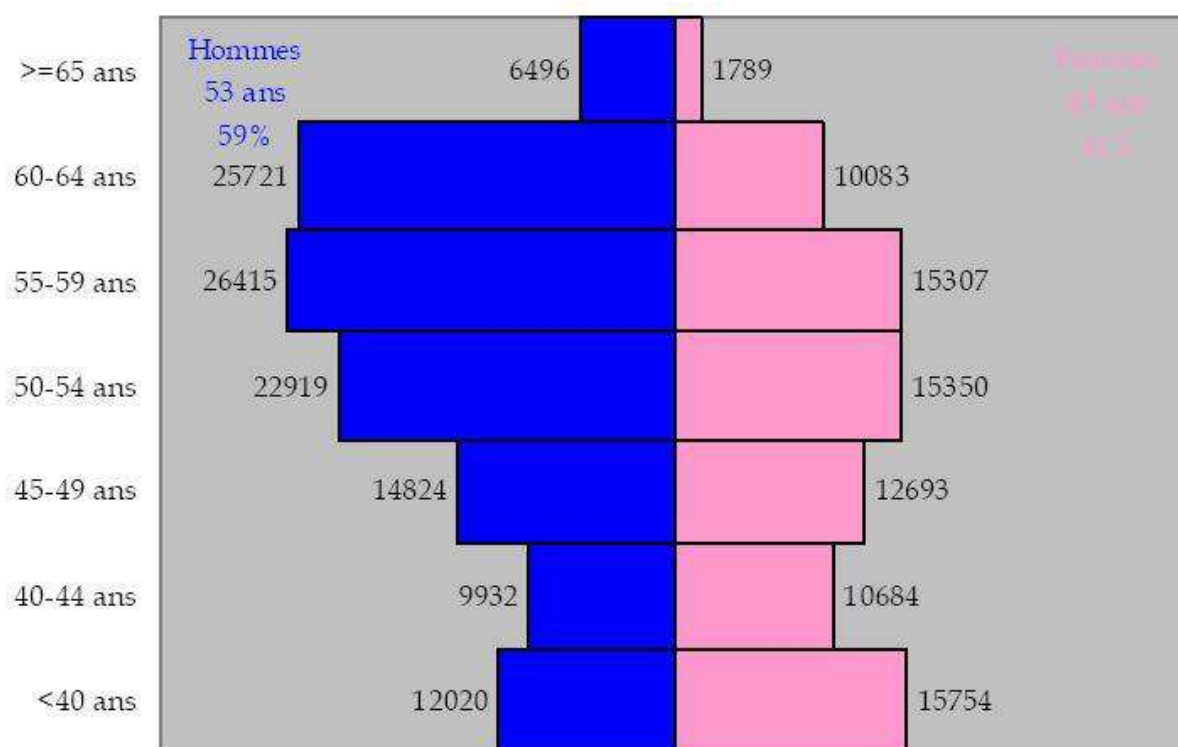


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins en activité régulière.

La situation la plus inquiétante concerne le milieu rural avec une diminution de 25% des effectifs en 2030 [4].

Ce vieillissement du corps médical est la conséquence des décisions politiques prises dans les années 1980-1990. Les dépenses médicales ont, à cette époque, été jugées excessives. Ainsi, selon le principe de l'offre et de la demande, les gouvernements successifs ont considéré que plus il y aurait de médecins, plus il y aurait de consumérisme médical. Par conséquent, plus l'offre de médecins serait faible, moins les patients auront tendance à « consommer » des soins. Un peu comme si on pensait diminuer la consommation d'essence en raréfiant les stations-services...

Le numerus clausus a donc été diminué de façon drastique. Ainsi, il est passé de 8 000 dans les années 1970 à 3 500 dans les années 1980-1990. Mais, étant donné la durée des

études médicales, la remontée progressive du *numerus clausus* depuis le début des années 2000 ne portera ses fruits que dix ou quinze ans plus tard [9].

Ceci, conjugué aux départs en retraite des générations de médecins ayant un *numerus clausus* élevé, voire sans *numerus clausus*, explique en partie la pénurie de médecins dans un avenir proche.

De plus, l'accroissement et le vieillissement de la population française a pour conséquence une augmentation des besoins. Tous ces éléments tendent donc irrémédiablement à creuser l'écart entre l'offre et la demande de soins.

➤ La féminisation de la profession. [6] [7] [10]

Au 1^{er} janvier 2011, les femmes représentaient 40,8% des médecins en activité en France métropolitaine (et 41,8% chez les médecins généralistes). La proportion des femmes est d'autant plus importante que les classes d'âge sont jeunes. Ainsi, elles représentent plus des deux tiers des effectifs chez les moins de 30 ans (66,9% toutes spécialités confondues, et même 71,2% pour les médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte) [5].

La féminisation de la profession s'accroît depuis plusieurs décennies. En effet, en 2006, 36% des médecins en exercice étaient des femmes alors qu'elles ne représentaient que 24% des effectifs en 1984 et 10% en 1962. Cette tendance, selon les projections, devrait s'amplifier dans les années à venir puisque la moitié des médecins à l'horizon 2020 seront des femmes et elles seraient même majoritaires en 2030 (53,8% toutes spécialités confondues et 56,4% chez les médecins généralistes) [4].

Cependant, elles semblent plus attirées par le salariat. Ainsi, elles représentent près des deux tiers de cet effectif alors qu'elles ne constituent qu'un tiers de celui des médecins généralistes ayant une activité libérale ou mixte [5].

Ce phénomène entraîne des inquiétudes depuis de nombreuses années.

En 1900, le Professeur Fiessinger publie dans *La Médecine Moderne* un article sur l'inaptitude médicale des femmes dont voici des extraits : « *Ces confrères en jupons ne me semblaient pas préparés par leur sexe à bien tenir les fonctions de praticien [...]. La femme doctoresse est une de ces herbes folles qui ont envahi la flore de la société moderne [...]* » [8].

Fort heureusement, de nos jours, les craintes liées à cette féminisation ne sont plus en rapport avec la capacité des femmes à exercer cette profession. Ces inquiétudes émanent des modifications dans la pratique de l'exercice médical. Ainsi, la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée est une exigence de celles-ci, ce qui se traduit par des modalités différentes d'activité. L'activité "moyenne" féminine actuelle est estimée à 70 % de celle des hommes. De plus, les données récentes montrent que les femmes médecins sont d'avantage attirées par le salariat, le travail en groupe et qu'elles effectuent moins de gardes. Lors des choix à l'Epreuve Classante Nationale,

certaines spécialités sont également délaissées par les femmes à l'instar de la chirurgie par exemple.

Cependant, ces modifications du mode d'exercice paraissent être plus un marqueur de l'évolution sociétale, un changement de mentalité des jeunes générations. Ainsi, la féminisation de la profession semble avoir entraîné une prise de conscience de la part des médecins masculins qui ne travaillent plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures (disponibilité permanente, astreintes, conjointe secrétaire...) [6].

➤ Les changements de mode d'exercice.

Tous les titulaires du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisé) de Médecine Générale n'exercent pas en tant que médecin de soins primaires [11]. Ainsi, on estime leur part à 40%. Ceux-ci s'orientent vers un exercice particulier de la médecine, vers une spécialisation ou encore vers le salariat en particulier hospitalier, qui est de plus en plus plébiscité par les jeunes générations. De plus, il est maintenant possible d'accéder à des DESC (urgences, gériatrie...) permettant une réorientation, dès la fin du cursus initial de la spécialité de Médecine Générale.

Les métiers exercés par les médecins titulaires du DES de Médecine Générale sont ainsi multiples et parfois bien éloignés de la médecine de premier recours. Le nombre de diplômés de cette spécialité ne coïncide donc pas avec celui des médecins de famille.

Les facteurs avancés pour expliquer ce phénomène sont de plusieurs ordres :
 Tout d'abord, la méconnaissance de cette spécialité induite par l'organisation des études de médecine avec notamment une insuffisance de stages en ambulatoire,
 En second lieu, la pénibilité de l'exercice,
 Et enfin, le manque de perspectives et de possibilités d'évolution de carrière.

➤ Les choix aux Epreuves Classantes Nationales (ECN).

La Médecine Générale continue à être trop souvent considérée comme une voie de second choix, une spécialité par défaut vers laquelle sont orientés les étudiants à qui leur rang de classement ne laissait pas d'autres possibilités. En effet, ce sont les divers stages hospitaliers qui conditionnent largement l'orientation ultérieure des étudiants vers une spécialité. Ceci ne concerne évidemment pas la Médecine Générale dont, au départ, les étudiants ignorent tout ou presque, faute de stages en ambulatoire en deuxième cycle des études médicales dans la plupart des Facultés de Médecine.

Ceci explique peut-être en partie qu'aux ECN, des postes de Médecine Générale restent à pouvoir à la suite des choix. Nous allons y revenir dans le chapitre suivant.

➤ L'augmentation du nombre de médecins remplaçants.

Au 1er janvier 2011, le tableau de l'Ordre recense 9 903 médecins remplaçants [3]. En trente ans, le nombre de nouveaux inscrits en tant que médecin remplaçant a augmenté de façon considérable (+ 600%). Ils représentent ainsi 4,6% des médecins actifs en 2011.

Ils sont âgés en moyenne de 47,5 ans. Les femmes représentent 51% des effectifs.

Les médecins généralistes, quant à eux, représentent 67,7% des médecins remplaçants. Ils sont âgés en moyenne de 45,1 ans et les femmes représentent 54% de l'effectif.

Selon une étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins effectuée en 2010 [16] concernant le projet professionnel des médecins remplaçants jamais installés, 45% d'entre eux envisagent de s'installer à plus ou moins court terme en secteur libéral, en privilégiant l'exercice de groupe (85%) et en zone urbaine (76%).

A contrario, 32% ne souhaitent pas s'installer en secteur libéral exclusif. Parmi ceux-ci, 84% d'entre eux envisagent de poursuivre les remplacements pendant plus ou moins longtemps, 36% souhaitent avoir une activité salariée par la suite, 36% une activité mixte, 25% une activité hospitalière et 18% d'entre eux songent à une autre activité professionnelle.

23% des répondants ne savent pas, pour le moment, comment va évoluer leur carrière dans les années à venir.

Cependant, contrairement aux idées reçues, ce n'est pas la recherche d'une rémunération conséquente ni celle de temps libre qui prime dans le refus de l'installation, mais bien les problèmes d'organisation du travail et le poids des charges administratives liés à l'exercice libéral.

➤ Les cessations d'activité anticipées.

La crise démographique médicale actuelle et à venir est également la conséquence des cessations anticipées d'activité de médecins exerçant en libéral.

En 2010, 903 médecins libéraux ont décidé de dévisser leur plaque bien avant l'âge de la retraite. 11% de ceux-ci exerçaient en milieu rural [3].

Agés en moyenne de 54 ans, ces praticiens sont majoritairement des hommes (64,2%). 70,4% d'entre eux sont des médecins généralistes. 42,2% exerçaient en cabinet individuel et 37,85% exerçaient en cabinet de groupe monodisciplinaire. En moyenne, ces médecins ont exercé en secteur libéral durant 21,5 ans tout en sachant qu'environ un médecin sur deux a exercé plus de 25 ans et un quart moins de 10 ans.

Selon une enquête menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, publiée en 2011 [3], ces médecins exercent pour 51,6% d'entre eux une activité régulière depuis qu'ils ont cessé leur activité libérale. Parmi ceux-ci, 6,7% ont repris une activité libérale, 50,3% exercent en tant que médecin salarié et 43% en tant que médecin hospitalier.

Quant aux autres, ils sont médecins remplaçants pour 17,5% d'entre eux et retraités actifs pour 18,8%.

Les principaux motifs de cessation anticipée d'activité sont les charges financières trop lourdes et le temps de travail journalier trop important, difficilement compatible avec une vie de famille. De plus, l'importance des tâches administratives sont largement évoquées par ces praticiens. 30% des répondants ont également fait allusion au *burn out* et à la dévalorisation de la profession médicale.

2.2.2 L'évolution démographique.

Selon les projections de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) [4], le nombre de praticiens n'augmenterait qu'à partir de 2020 (figure 4). En 2030, on retrouverait à peu de chose près le niveau actuel.

Mais, la densité médicale serait inférieure en 2030 par rapport à 2006 car la population française devrait croître d'ici là de 10%. Le creux démographique se situerait vers 2020 avec une densité médicale moyenne de 276 médecins pour 100 000 habitants. De plus, il ne faut pas occulter l'augmentation des besoins en soins d'ici 2030 du fait du vieillissement de la population française.

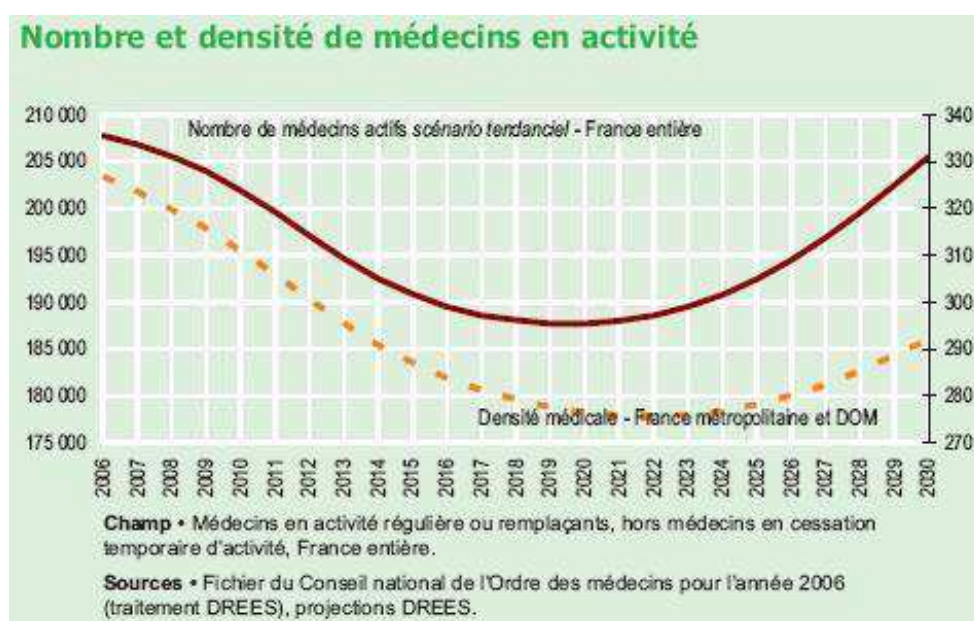
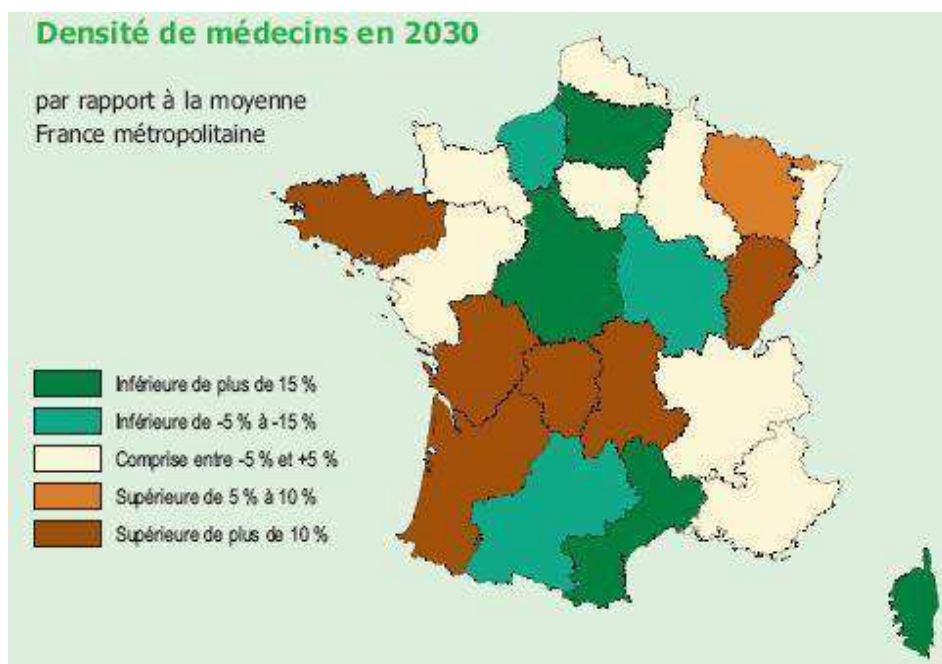


Figure 4 : Evolution du nombre et de la densité des médecins en activité régulière entre 2006 et 2030.

Il faut noter qu'à l'horizon 2030, les inégalités de densité médicale à l'échelon régional persisteront mais seront différentes de celles qui existent actuellement (carte 5). Ces inégalités ne résultent pas uniquement du simple fait du nombre de médecins en activité mais s'expliquent aussi par l'évolution démographique de la population.



Carte 5 : Densité des médecins en France métropolitaine en 2030.

Durant cette période, le pool de praticiens se rajeunirait et se féminiserait. Ainsi, à partir de 2025, les médecins âgés de moins de 45 ans seraient majoritaires pour atteindre une moyenne d'âge de 44,5 ans en 2030 (figure 6). Les femmes, comme nous l'avons vu précédemment, deviendraient également plus nombreuses.

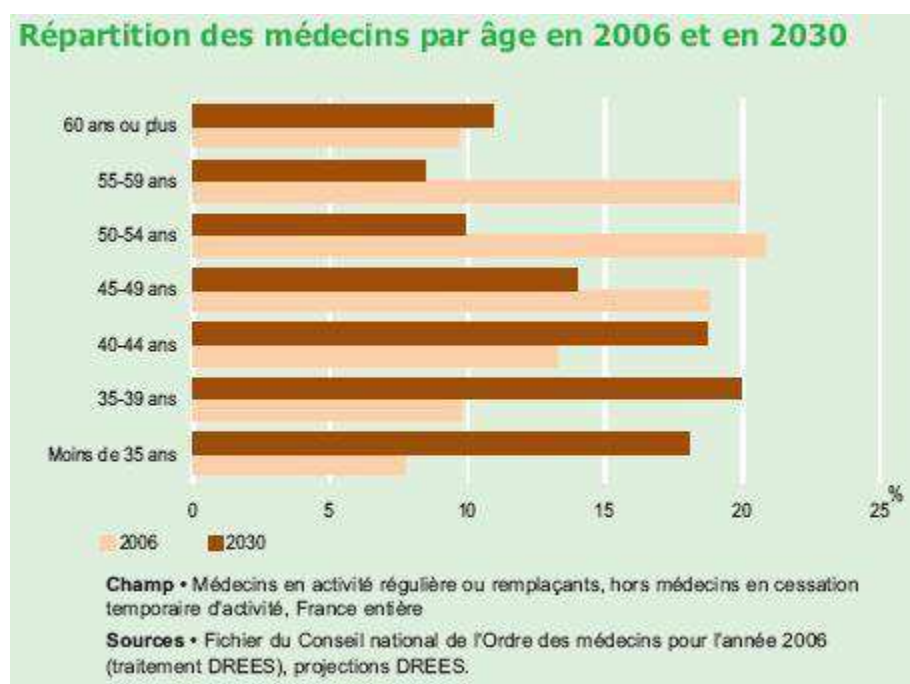


Figure 6 : Répartition des médecins par âge en 2006 et 2030.

Dans l'hypothèse où les choix de mode d'exercice des jeunes médecins actuels restent les mêmes, en 2030, les médecins libéraux exclusifs seraient moins nombreux et représenteraient seulement 55,5% des effectifs des médecins généralistes. Par ailleurs, l'activité médicale se concentrerait dans les pôles urbains où se trouve un Centre Hospitalier Universitaire. En milieu rural, il y aurait ainsi une baisse de 25% de praticiens en exercice.

Ces données représentent des effectifs projetés de médecins en activité. Pour apprécier l'offre de soins future correspondante, il faut également tenir compte des évolutions du temps de travail des médecins ainsi que de la féminisation du corps médical. L'évaluation des besoins futurs en terme de soins nécessite notamment la prise en compte du vieillissement de la population, des variations de la prévalence des pathologies, de l'évolution des techniques médicales, de la coopération entre professionnels de santé et des objectifs visés en matière de politique de santé.

III. LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE.

3.1 Effectifs et répartition 2010-2014.

Suite à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » [24], adoptée en 2009, une réorganisation du troisième cycle des études médicales a été menée. Le but de cette réforme est d'aboutir à une démographie médicale plus équilibrée et répondant mieux aux besoins de la population. Celle-ci instaure donc la filiarisation des études médicales qui consiste à définir au niveau national, le nombre d'internes inscrits, par spécialité et par région, en fonction des besoins au sein de chaque territoire de santé. Ces quotas sont fixés sur une période de 5 ans et revus chaque année. Cette vision à plus long terme des effectifs des internes a été rendue nécessaire afin de permettre aux régions d'adapter leurs capacités de formation et de rééquilibrer leur offre de soins dans chaque spécialité.

Ainsi, pour la période 2010-2014, l'ONPDS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) [12] a proposé que soient formés 35 912 internes sur l'ensemble du territoire, dont la moitié serait affecté à la médecine générale.

L'ONPDS a basé le nombre internes à former par spécialité et par subdivision à partir des propositions formulées par les comités régionaux. Ces chiffres ont été établis à partir des flux de formation attendus du fait du *numerus clausus*, de la répartition souhaitée entre les spécialités (et en particulier la part de la médecine générale), de la dotation

médicale initiale de chacune des régions et de l'ampleur des cessations d'activité prévisibles dans les années à venir.

Les quotas demandés par chaque région, en ce qui concerne le nombre d'internes de médecine générale à former, ont été pondérés par plusieurs facteurs :

- l'évolution de la population à horizon 2030,
- le degré de « spécialisation » de la région hors médecine générale,
- la densité de médecins généralistes libéraux de moins de 55 ans,
- la dotation de postes en médecine générale aux ECN 2009,
- la récurrence des vacances de postes lors des choix aux ECN,
- les perspectives de renouvellement des diplômés de médecine générale et de l'encadrement universitaire de la discipline,
- la saturation des capacités de stage dans les différents CHU.

Suite à l'arrêté du 12 juillet 2010 [23], le nombre définitif d'internes à former pour la période 2010-2014 est de 38 578. Celui de médecine générale est de 20 644 soit 53,5% de l'effectif total. Ceci démontre une volonté de la part des pouvoirs publics d'accorder la priorité à la médecine générale.

Le nombre de postes d'internes augmentera de 18% (de 6839 à 8089) entre 2010 et 2014, avec une forte croissance entre 2010 et 2011 (+13%), suivie d'un ralentissement les trois années suivantes (+1,4%, +2,3% et +0,6%).

3.2 Affectation des internes à l'issu des ECN 2010.

A l'issue des ECN de 2010, 6 132 étudiants sont entrés en troisième cycle des études médicales, soit 600 de plus qu'en 2009 [13].

La proportion de postes vacants reste élevée (10,3%). Il s'agit de postes d'internes en Médecine Générale, Médecine du Travail et Santé Publique.

Par ailleurs, la mobilité géographique augmente en 2010 : plus d'un étudiant sur deux a changé de subdivision. Ainsi, 20% des étudiants ont été contraints de changer de région car la spécialité souhaitée n'offrait plus de place dans la subdivision d'origine et 30% ont optés pour une mobilité « choisie ».

En ce qui concerne la Médecine Générale, un quart des postes sont pourvus dès la première moitié du classement. Les affectations augmentent d'ailleurs dans cette spécialité bien que des postes demeurent vacants. Ainsi, 82% d'entre eux ont été affectés, ce qui représente 243 postes d'internes en Médecine Générale supplémentaires par rapport à 2009.

La Médecine Générale paraît donc plutôt attractive. D'ailleurs, elle est la spécialité préférée des femmes, devant la pédiatrie et l'anesthésie-réanimation. Pour les hommes, il n'a pas été possible de déterminer les préférences des étudiants en matière de spécialité.

Toutefois, un peu plus de 650 postes d'internes en Médecine Générale n'ont pas été pourvus pour l'année 2010 [22]. D'ailleurs, depuis 2004, en moyenne, seulement les deux tiers des postes ont été affectés. Certains étudiants préfèrent ainsi redoubler leur deuxième cycle plutôt que de choisir la Médecine Générale. Les raisons expliquant que cette filière soit « boudée » par les carabins sont multiples.

D'après les études publiées [17] [18] [19] [20] [21], les facteurs de non attractivité de cette spécialité à l'issue des ECN ne sont pas, contrairement aux idées reçues, uniquement liés à une dévalorisation de cette spécialité mais en grande partie à une méconnaissance de la discipline par les étudiants en médecine. En effet, la formation hospitalo-universitaire qu'ils reçoivent ne permet pas de découvrir cette profession. Dans beaucoup de Facultés françaises, aucun stage en ambulatoire, bien qu'obligatoire, n'est organisé pour les étudiants du deuxième cycle des études médicales, faute de lieux d'accueil. Les étudiants, lors des choix, ont donc tendance à se tourner vers des spécialités qui leurs sont familières au lieu d'opter pour la Médecine Générale, dont ils méconnaissent les pratiques et qui risquerait de les décevoir.

Par ailleurs, une majorité des étudiants ont une représentation de cette spécialité comme étant la plus difficile qui soit du fait de la polyvalence de l'exercice. « Il faut tout savoir sur tout ». La complexité de cette profession entraîne des appréhensions chez certains d'entre eux, qui n'osent donc s'engager dans cette voie. Se spécialiser dans une discipline les rassure en leur permettant d'être compétent dans un seul domaine qu'ils maîtrisent.

A contrario, certains étudiants ont une vision péjorative de la Médecine de Famille. Ainsi, celle-ci est parfois considérée comme une médecine de « bobologie », pour « les nuls », « un prestataire de services ». L'image dévalorisée de la profession a un impact important lors des choix aux ECN. Le peu de reconnaissance par les pairs, le « prestige » d'obtenir une spécialité plus prisée peut pousser certains des étudiants à opter pour une spécialité autre que la Médecine Générale.

Cette profession véhicule également l'image d'une Médecine aux faibles revenus en comparaison avec d'autres spécialités. Cette image de faible rémunération qu'ont les étudiants est majorée par le fait qu'ils estiment que la Médecine de Famille est une profession ayant des responsabilités et une charge de travail plus importante que d'autres spécialités mieux rémunérées. De plus, le paiement à l'acte n'est pas vécu comme un facteur positif.

Enfin, parmi les autres facteurs expliquant la non-attractivité de la Médecine Générale aux ECN, on peut citer la peur d'un exercice solitaire, la lourdeur administrative, le stress lié au fait d'être le premier recours. Ces représentations sont souvent le fait d'a priori et proviennent souvent d'étudiants n'ayant pas effectué de stage en ambulatoire.

Ainsi, les facteurs d'insatisfaction des étudiants vis-à-vis de la Médecine Générale ont été bien cernés par plusieurs enquêtes.

A l'opposé de ces enquêtes, ce travail de thèse a pour objectif d'évaluer les facteurs de satisfaction des internes de Médecine Générale afin de les mettre en exergue, et ainsi tenter de valoriser cette profession auprès des étudiants du deuxième cycle.

IV. LA SATISFACTION AU TRAVAIL.

4.1 Les facteurs de satisfaction et de motivation au travail.

4.1.1 Les théories.

La satisfaction au travail est étudiée par les psychologues depuis le début du XXème siècle, lors de la deuxième révolution industrielle, car elle était perçue comme un facteur de performance au travail. Depuis cette époque, beaucoup de théories sur la motivation et la satisfaction au travail ont vu le jour.

Tout d'abord, intéressons nous à la sémantique. Satisfaction et motivation au travail sont des termes que l'on substitue souvent l'un à l'autre. Robert FRANCES, dans son livre intitulé « *Motivation et efficience au travail* » [32] tente de définir les concepts de motivation et de satisfaction au travail afin d'appréhender les différences ainsi que les similitudes entre ces deux termes.

Selon lui, la motivation est « *l'ensemble des aspirations qu'un travailleur attache à son emploi, chacune d'elles étant affectées d'un coefficient de probabilité qu'il conçoit de voir ces aspirations se réaliser dans l'emploi, en fonction du travail accompli, de la reconnaissance de ce travail par l'organisation...* ». A partir de cela, il en propose une définition mathématique. La force de la motivation au travail (m) serait alors la somme des résultats attendus dans un emploi (A) multiplié par la valence (V). A correspond aux attentes de l'emploi et V à l'importance, la désirabilité, la valence plus ou moins grande des attentes.

La satisfaction implique, selon lui, non seulement ces résultats attendus affectés de leur valence respectives, mais une confrontation de ceux-ci aux résultats obtenus. La satisfaction résulte donc de la différence entre les aspirations du travailleur et ce qu'il rencontre effectivement dans son travail.

Ces définitions permettent de se rendre compte des similitudes entre motivation et satisfaction au travail, bien qu'elles se distinguent en partie par le fait que la satisfaction au travail implique le résultat obtenu.

Il existe de très nombreux courants théoriques sur le sujet. Ruth Kanfer en propose une classification en 1990, qui intègre les dernières recherches de l'époque en la

matière. A noter, de nombreux modèles de motivation sont également des modèles de satisfaction étant donné la similitude entre les deux concepts. [33] [34] [35]

4.1.1.1 Les théories des besoins-mobiles-valeurs.

✓ Les théories des besoins.

Dans cette catégorie, on retrouve tout d'abord la théorie des besoins de Maslow (1943). Selon lui, toute personne au travail ressent des besoins qui sont sources de motivation. Il observe que l'individu hiérarchise ses besoins et cherche à les satisfaire selon un ordre de priorité croissante : (1) besoins physiologiques, (2) besoins de sécurité, (3) besoins d'amour (de rapports sociaux, d'affection, d'appartenance à un groupe), (4) besoins d'estime (de reconnaissance), (5) besoins de réalisation de soi ou d'actualisation de soi (de progresser, de se développer, de s'épanouir). La motivation serait donc suscitée par la volonté de satisfaire des besoins. Lorsqu'il y arrive, il trouve comme nouvelle motivation le désir de satisfaire une nouvelle classe de besoin, et ainsi de suite jusqu'au cinquième niveau de la hiérarchie, celui du besoin de réalisation de soi.

Une seconde théorie des besoins est développée quelques années plus tard par Alderfer (1969), la théorie ERG. Celle-ci est moins dogmatique dans la hiérarchie que celle de Maslow. Elle stipule également que c'est la sensation de besoin qui génère la motivation de l'individu au travail. Alderfer recense trois types de besoins :

- Les besoins d'Existence (*Existence*). Ce sont les besoins primaires, physiques.
- Les besoins de sociabilité, de rapports sociaux (*Relatedness*). Ce sont les besoins de relations interpersonnelles.
- Les besoins de développement personnel (*Growth*). Ce sont les besoins de création, de réalisations significatives, d'utilisation et d'amélioration des compétences.

Enfin, on peut citer la théorie bi factorielle d'Herzberg (1959). Celle-ci affirme également que la motivation au travail est liée à la satisfaction de besoins. Cependant, dans sa théorie, il distingue deux catégories de facteurs qui interviennent dans la motivation et la satisfaction au travail. L'une de ces catégories regroupe les facteurs susceptibles de générer de la satisfaction au travail, les facteurs de motivation (les accomplissements et leur reconnaissance, le travail en lui-même, la promotion, les responsabilités, le développement personnel...). A côté de cela, les facteurs de la seconde catégorie sont ceux qui ne peuvent pas entraîner de la satisfaction, mais qui pourraient entraîner de l'insatisfaction, de la frustration s'ils sont absents. Il les appelle les facteurs d'hygiène ou d'ambiance (la rémunération, les conditions de travail, les relations dans l'entreprise avec les supérieurs, les collègues...).

✓ Les théories classiques de la motivation intrinsèque.

La théorie de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan (1971, 1975, 1985) part du postulat que la motivation intrinsèque au travail est la résultante de deux besoins : se sentir compétent et autodéterminé, initiateur de ses propres actions. La motivation intrinsèque est affectée lors des changements des sentiments de compétence et d'autodétermination. Les événements qui augmentent les perceptions de ces deux besoins chez un individu, accroissent la motivation intrinsèque. En revanche, les événements qui diminuent ces perceptions affecteront également la motivation intrinsèque.

La théorie des caractéristiques de l'emploi d'Hackman et Oldham (1976) définit cinq caractéristiques du travail qui détermineraient le niveau de ce qu'ils appellent le potentiel de motivation d'un emploi : la variété des compétences, l'identité de la tâche, le sens de la tâche, l'autonomie et le feed-back reçu. Ces facteurs agiraient alors sur la motivation interne par rapport au travail, la satisfaction au travail, la qualité du travail réalisé, l'absentéisme et le départ volontaire.

✓ Les théories de la justice organisationnelle et de l'équité.

La théorie de l'équité d'Adams (1963, 1965) explique la motivation et la satisfaction au travail par recherche d'un équilibre estimé entre travail fourni et rétribution obtenue. Selon cette théorie, l'individu comparerait sa situation personnelle avec celle des autres. S'il existe une équité, le sujet sera alors satisfait. S'il existe une iniquité, il sera alors motivé afin de réduire ce sentiment, et adoptera des comportements d'ajustement au travail et des attitudes aversives.

Greenberg (1990) développe quant à lui le concept de justice organisationnelle. Il propose de distinguer deux dimensions de l'équité dans les organisations du travail, la justice distributive et la justice procédurale (ou des processus). Le concept de justice distributive établit que, à l'intérieur de l'organisation, un individu a la sensation d'être équitablement traité ou non. Si un individu perçoit des récompenses de la part de l'organisation (salaire, promotion, reconnaissance, responsabilités, etc.) et que celles-ci correspondent à ce qu'il attend par rapport à un groupe de référence, alors un sentiment d'équité naît. Les perceptions d'une répartition inéquitable des récompenses du travail par rapport aux efforts apportés créent des tensions chez l'individu et ce dernier est motivé à résoudre la tension. C'est le déclencheur de sa motivation à l'action. Pour Greenberg, le sentiment d'équité est lié aussi à la justice procédurale qui concerne les processus mis en place dans l'organisation pour prendre les décisions d'attribution de récompenses. Selon la place qui est réservée à l'individu dans ces processus, il se sentira équitablement ou inéquitablement traité. Les processus où l'individu participe à la prise

de décision, où il bénéficie d'une information, où il peut se justifier, donner une opinion, faire des réclamations, influenceraient positivement l'équité et donc la satisfaction.

4.1.1.2 Les théories du choix cognitif.

Il s'agit des théories qui reposent sur un principe de base (tenant ses origines des travaux de Tolman (1932) et Lewin (1936)) : le comportement est déterminé par la valeur subjective des buts que l'individu poursuit et de ses attentes de voir son comportement produire les résultats recherchés.

✓ L'approche cognitive-interactionnelle classique.

La théorie du mobile à l'accomplissement d'Atkinson (1957) conçoit la motivation d'un individu comme étant un processus où six critères interagissent : la recherche du succès, l'évitement de l'échec, la probabilité de réussite dans la poursuite des buts, la probabilité d'échec dans la poursuite des buts, l'évaluation des affects positifs, l'évaluation des affects négatifs. Ainsi, ce modèle suggère que la motivation au travail exige trois conditions, être motivé pour réaliser les tâches avec succès (mobile d'accomplissement), percevoir une probabilité de réussir (expectation), et valoriser le succès (valeur incitatrice du succès).

✓ L'approche cognitive-intermittente.

Vroom (1964) a établi la théorie Valence-Instrumentalité- Expectation (Théorie VIE). Le processus motivationnel est conçu comme la résultante de trois variables : l'expectation (attentes), l'instrumentalité et la valence. La motivation et la satisfaction provient alors de la perception qu'a un individu que ses efforts vont entraîner un résultat, que ce résultat va se traduire par des conséquences (instrumentalité, c'est-à-dire la probabilité par exemple d'obtenir une forme de reconnaissance, le sentiment de réussite...) qu'il considère comme désirables (valence, le résultat obtenu).

✓ L'approche des dynamiques de l'action.

Atkinson, associé à Birch puis à Kuhl (1970, 1978, 1984) ont développé le principe de des dynamiques de l'action. Cette théorie repose sur l'opposition de deux forces motivationnelles qui détermineraient le comportement : les forces consommatrices et les forces incitatrices. Les forces incitatrices sont celles qui attirent l'individu vers une activité particulière à un moment donné, alors que les forces consommatrices sont celles qui diminuent la motivation pour cette activité. L'opposition des forces consommatrices et incitatrices conduit l'individu à reporter vers une action ou une tâche particulière son énergie maximale au détriment d'une autre. Lorsqu'une activité exerce une attirance supérieure à celle des autres, elle oriente vers elle la force motivationnelle de l'individu. Plusieurs tâches peuvent donc successivement attirer vers elles la force motivationnelle

de la personne. L'individu peut rester longtemps motivé par son travail, mais sa motivation sera orientée périodiquement vers des activités différentes. Lorsque les forces consommatrices l'emportent sur les forces incitatrices pour la plupart des activités de l'emploi occupé, on peut supposer que l'individu est démotivé.

4.1.1.3 Les théories de l'autorégulation – métacognition.

Ces théories portent plus sur la motivation que sur la satisfaction au travail. De ce fait, une brève présentation de ces concepts sera effectuée.

✓ La théorie de la fixation des objectifs.

Développée initialement par Locke (1968) puis par Locke et Latham (1990), elle établit que l'existence d'objectifs peut avoir un impact sur le comportement au travail. Ainsi, définir des buts précis et présentant un certain challenge pour l'individu entraîne chez lui une motivation.

✓ Les théories de l'autodétermination.

Elles partent du principe que les individus sont motivés par le fait de se sentir compétents, capables d'arriver à leurs fins, de contrôler leurs comportements et de se sentir autonomes, autodéterminés.

Il existe une autre théorie de la satisfaction au travail, non présente dans cette classification : celle de Büssing, établie en 1992. Il suppose que la satisfaction ou l'insatisfaction naîtra de 4 variables : 1. la comparaison entre la situation de travail actuelle et les aspirations de la personne ; 2. le degré de contrôle perçue de la situation de travail ; 3. les changements de niveau d'aspiration des gens (affecté par le sentiment d'auto-efficacité) ; 4. les stratégies de résolution des problèmes. La combinaison de ces différentes variables peut produire différentes formes de satisfaction ou d'insatisfaction (satisfaction progressive, satisfaction résignée, pseudo satisfaction, insatisfaction fixe, insatisfaction constructive, satisfaction stabilisée).

4.1.2 Outils d'évaluation.

En ce qui concerne l'évaluation de la satisfaction au travail, on peut ranger en deux grandes catégories les outils de mesure :

1) les mesures de satisfaction globale, en un ou plusieurs items, qui déterminent la satisfaction générale vis-à-vis du travail.

2) les mesures de satisfaction à facettes ou composites qui mesurent différents aspects de la satisfaction, par exemple, la satisfaction avec le salaire, avec les collègues...

Il existe de nombreuses échelles d'évaluation, qu'elles concernent la satisfaction globale ou à facette. Les plus importantes seront citées dans cette partie. [36] [38] [39]

4.1.2.1 Les mesures de satisfaction globales.

- ✓ Le ***Job in General Scale*** (JGS, Ironson, Smith, Brannick, Gibson, Paul, 1989).

Il s'agit d'une échelle mesurant la satisfaction au travail en général à l'aide de 18 items. L'avantage de cet outil est qu'il est rapide d'y répondre et facile d'utilisation. Les utilisateurs doivent répondre à chaque item par « oui, non ou ne sait pas ».

- ✓ L'***Échelle de Satisfaction de Vie Professionnelle*** (ESVP, Fouquereau & Rioux, 2002).

L'objectif de cette échelle est d'évaluer le degré de satisfaction globale des individus à l'égard de leur vie professionnelle (Exemples d'items : « *Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle* », « *Globalement, ma vie professionnelle correspond tout à fait à mes idéaux* »). Les réponses aux 5 items de cette échelle se font selon une échelle de lickert de 1 : tout à fait en accord à 7 : tout à fait en désaccord.

4.1.2.2 Les mesures de satisfaction à facettes.

- ✓ Le ***Minnesota Satisfaction Questionnaire*** (MSQ, Weiss, Dawis, England & Lofquist, 1967).

Il étudie 20 facettes (l'utilisation des habiletés, la réalisation personnelle, l'activité, l'avancement, l'autorité, les politiques et pratiques de l'organisation, le salaire, les collègues de travail, la créativité, l'indépendance, la valeur morale, la reconnaissance, la responsabilité, la sécurité, le service social, le statut social, la supervision humaine, la supervision technique, la variété et les conditions de travail).

Chaque item doit être noté sur une échelle composée des évaluations suivantes : très insatisfait, insatisfait, neutre, satisfait, très satisfait.

- ✓ Le ***Job Descriptive Index*** (JDI, Smith, Kendall & Hulin, 1969).

Il mesure 5 aspects de la satisfaction : le salaire, le travail, les opportunités de promotion, la supervision et les collègues.

- ✓ Le ***Job Diagnostic Survey*** (JDS, Hackman & Oldham, 1975).

Cette échelle permet quant-à elle de mesurer 5 facettes de la satisfaction au travail : la variabilité des tâches, l'identité de la tâche, la significativité de la tâche, l'autonomie et le feedback du travail.

✓ *L'Inventaire de Satisfaction au Travail* (IST, Larouche, 1975) [37].

Il s'agit d'une échelle comprenant 20 items associés à un item de satisfaction globale. Les répondants cotent alors chaque item de (1) « pas du tout satisfait » à (5) « extrêmement satisfait ». Dans cet outil, les secteurs explorés sont : l'affection du personnel (la distribution des tâches selon les capacités de tous les travailleurs), l'altruisme (la possibilité de me rendre utile aux autres dans mon travail), l'attrait au travail, l'autonomie (la liberté que j'ai pour organiser mon travail), l'autorité (avoir le droit de commander à d'autres personnes dans mon travail), l'avancement, la communication I (l'information que me fournit mon patron), la communication II (la facilité de communiquer avec mes compagnons/compagnes de travail), les conditions de travail, le degré de responsabilité, l'évaluation (la manière dont mon travail est apprécié), l'innovation (l'occasion d'employer mes nouvelles méthodes de travail), la reconnaissance, la politique de l'organisation (la façon dont les dirigeants gouvernent l'organisation pour laquelle je travaille), le salaire, la sécurité d'emploi, la supervision humaine (l'attention que mon supérieur porte à l'égard de ses employés), la supervision technique (la compétence de mon supérieur), l'utilisation des habiletés (la possibilité d'utiliser mes capacités dans mon travail) et la variété.

4.2 Les facteurs de satisfaction des internes et jeunes médecins généralistes.

Les raisons du « burn out » chez les internes et jeunes médecins généralistes ont été étayées par de nombreuses études. A l'inverse, les recherches en matière de satisfaction au travail dans cette population sont, à l'heure actuelle, peu nombreuses en France.

Les facteurs de satisfaction de ces jeunes praticiens retrouvés dans la littérature française jusqu'à présent sont regroupés ci-dessous. [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31]

Facteurs de satisfaction professionnelle à propos de l'installation.

- ✓ Liberté d'installation.
- ✓ Possibilité de faire des remplacements à la fin du TCEM.

Facteurs de satisfaction professionnelle à propos de l'organisation :

- ✓ Exercer en libéral.
- ✓ Avoir un exercice mixte (libéral et salarié).
- ✓ Exercer en groupe pour le partage des frais de fonctionnement.
- ✓ Exercer en groupe pour le suivi des patients.

- ✓ Exercer en groupe pour éviter l'isolement.
- ✓ Travail en réseau.
- ✓ Possibilité de travailler à temps partiel/ d'avoir une journée de repos en semaine.
- ✓ Paramédicaux à proximité.
- ✓ Rémunération mixte (forfaitaire et à l'acte)

Facteurs de satisfaction professionnelle à propos de l'exercice :

- ✓ Faire de la prévention.
- ✓ Variété de l'exercice.
- ✓ Prise en charge médico-sociale.
- ✓ Exercer la Médecine le mieux possible.
- ✓ Suivi.
- ✓ Prise en charge globale, centrée sur le patient.
- ✓ Etre son propre patron.
- ✓ Ne pas travailler à l'hôpital.
- ✓ Aider.
- ✓ Soigner.
- ✓ Possibilité de se spécialiser.
- ✓ Répondre aux besoins des patients.
- ✓ Coordonner les soins.
- ✓ Activités annexes (crèche, planning familial...)

Facteurs de satisfaction professionnelle à propos de la stimulation intellectuelle :

- ✓ Métier scientifique.
- ✓ Stimulation intellectuelle.

Maitrise de stage.

Facteurs de satisfaction professionnelle à propos de la relation :

- ✓ Relation médecin/patient privilégiée.
- ✓ Relation conviviale avec le patient.

Facteurs de satisfaction professionnelle identitaire :

- ✓ Métier passionnant.
- ✓ Etre utile.

Facteurs de satisfaction personnelle :

- ✓ Avoir un équilibre entre vie professionnelle et privée.
- ✓ Savoir préserver une vie personnelle.
- ✓ Dissociation lieu de vie/lieu de travail.

V. LE PROJET WOMANPOWER.

Il s'agit d'un projet lancé par l'EGPRN (European General Practice Research Network) visant à promouvoir la Médecine Générale dans plusieurs pays européens qui font face ou vont faire face, comme la France, à une pénurie de médecins généralistes dans les années à venir.

Ce projet est co-piloté par Lieve Peremans du Département de Médecine Générale de la Faculté d'Anvers (Belgique) et Bernard Le Floc'h du DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale) de Brest.

D'autres pays participent également à cette étude : l'Allemagne (Linger Heidrun), l'Irlande (Claire Collins), la Turquie (Hulya Yikilkan), le Portugal (Tiago Villanueva) et l'Israël (Robert Hoffman). Le Professeur Jean-Yves Le Reste ainsi que le Docteur Claire Lietard sont également impliqués dans ce projet.

Il est né du constat que les études cherchant à comprendre les facteurs de non-attractivité de la médecine générale libérale se basaient sur des modèles négatifs. Mais, un point de vue négatif envers cette profession peut-elle aider à la valoriser ? N'est-il pas plus judicieux de rechercher les facteurs de satisfaction des Médecins Généralistes installés et heureux dans leur métier, afin de les mettre en avant ?

Ce travail, coordonné à l'échelon européen, se déroule en différentes étapes :

1ère étape : Elaboration d'une revue de la littérature cherchant à répondre à plusieurs questions :

Quels sont les concepts et les modalités pratiques d'une bonne conciliation travail-vie personnelle pour les médecins généralistes ?

Existe-t-il une différence selon le sexe ?

Quelles sont les caractéristiques associées à un niveau de élevé de satisfaction et au maintien en médecine générale ?

Quelles sont les politiques à mettre en place afin de promouvoir la médecine générale ?

Quels sont les facteurs qui poussent les étudiants à choisir la médecine générale ?

Ce travail a été achevé par Pierre Marie bosser pour le DUMG de Brest.

2ème étape : Elaboration d'études qualitatives, par entretiens semi-directifs ou focus group, avec des étudiants en médecine, des internes, des médecins généralistes afin d'explorer les facteurs d'attraction, d'installation, de maintien de cette spécialité.

La présente thèse fait partie de cette étape.

3ème étape : Elaboration de questionnaires quantitatifs afin de généraliser les données obtenues à partir de la revue de bibliographie et des recherches quantitatives.

Mieux appréhender les facteurs de satisfaction des Médecins Généralistes ou des étudiants en soins primaires pour mieux les valoriser, tel est l'objectif affiché par cette étude internationale.

Les résultats obtenus dans les différents pays vont ainsi permettre de créer un modèle positif de la Médecine Générale. La finalité de ce programme lancé par l'EGPRN est de mettre en place des mesures à soumettre aux décideurs politiques afin de promouvoir cette spécialité, en proie à une crise des vocations.

VI. QUESTION DE RECHERCHE.

Comme nous avons pu le constater précédemment, les projections en ce qui concerne la démographie médicale sont alarmistes, particulièrement pour les soins primaires. Crise des vocations chez les étudiants, exercice libéral méprisé au profit du salariat, départs en retraite massifs dans les années à venir non compensé par l'augmentation du *numerus clausus* dans les années 2000, cessations anticipées d'activité du fait d'un *burn out* chez certains praticiens, modifications du mode d'exercice dans les jeunes générations expliquent ce phénomène.

Afin de favoriser l'installation des médecins de soins primaires, en particulier dans les régions sous dotées, les politiques ont mis en place des mesures incitatives (contrat d'engagement de service public, aides à l'investissement dans les zones « fragiles », déductions fiscales). Celles-ci n'ont pas l'impact espéré par les pouvoirs publics et n'ont pas permis de régler le problème de la démographie médicale en France. Des mesures coercitives provoqueraient, quant à elles, l'effet inverse en faisant fuir un peu plus les médecins vers le salariat, voire en diminuant le nombre d'étudiants en médecine.

Valoriser la médecine de soins primaires semble donc indispensable afin de favoriser l'attractivité, l'installation et le maintien des internes puis des Médecins Généralistes dans cette profession.

Pour y parvenir, cette thèse se propose, par le biais d'une enquête qualitative, de répondre à la question suivante : quels sont les facteurs de satisfaction des internes de Médecine Générale?

MATERIEL ET METHODE

I. LA RECHERCHE QUALITATIVE.

1.1 Définition et objectifs d'une méthode qualitative.

La recherche qualitative, contrairement aux idées reçues, ne s'oppose pas à la recherche quantitative. Ces deux approches sont au contraire complémentaires et cherchent à répondre à des problématiques différentes.

Initialement utilisée en sciences humaines et sociales, la recherche qualitative est de plus en plus employée en Médecine Générale car elle permet d'étudier des facteurs subjectifs et donc difficilement mesurables.

Elle ne sert pas à quantifier mais consiste plutôt à décrire, à comprendre et à expliquer des phénomènes particuliers. Elle répond à des questions telles que «qu'est-ce qui se passe ?», «pourquoi ?» et «comment ?», et non pas «combien ?» ou «à quelle fréquence ?» comme dans les recherches quantitatives [41]. La recherche qualitative permet donc « *d'évaluer des besoins, des attentes, des satisfactions ou de mieux comprendre des opinions, des motivations ou des comportements. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur* ». [42]

Plusieurs supports peuvent être utilisés:

- La revue de littérature, l'analyse de documents.
- Les observations (participantes ou non participantes).
- Les entretiens individuels (structurés, semi-structurés ou non structurés).
- Les entretiens de groupe ou *focus group*.

Par ailleurs, il existe de très nombreuses méthodes d'analyse en recherche qualitative. Celle choisie dans le cadre de cette étude est la *Grounded theory*.

1.2 La Grounded Theory.

La *Grounded theory* ou *théorie ancrée, théorie enracinée* a été développée par Glaser et Strauss en 1967 puis reprise et enrichie par Corbin et Strauss en 1990. Elle est définie en opposition avec les approches hypothético-déductives dans lesquelles les chercheurs formulent une hypothèse afin d'en déduire des conséquences.

Ainsi, la *Grounded theory* est présentée comme une approche inductive qui a pour but principal de générer de nouvelles théories, d'étudier un champ de recherche, à partir des données recueillies. Elle ne nécessite donc pas de s'appuyer sur les connaissances scientifiques préexistantes pour étudier un phénomène. Elle propose au contraire de construire des théories en les faisant émerger du terrain [45].

Dans cette méthode, la collecte et l'analyse des données recueillies sont simultanées.

II. ELABORATION DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.

Initialement, la méthode de recherche choisie était celles des *focus group*. Il s'agit d'une technique d'entretien de groupe qui permet de recueillir des informations sur un sujet donné. La dynamique du groupe permet d'explorer et d'explicitier les différents points de vue.

Afin de recruter des internes de Médecine Générale de la Faculté de Brest, un courriel leur a été envoyé (annexe 1). Un second courriel de relance leur a été adressé quelques mois plus tard (annexe 2). Cependant, faute de réponses assez nombreuses, cette méthode a dû être abandonnée et remplacée par celle des entretiens.

2.1 Principes des entretiens semi-directifs.

Il s'agit d'entretiens individuels cherchant à recueillir des données sur le sujet étudié. Celles-ci sont issues d'une interview (entretien) enregistrée et intégralement retranscrite sous forme écrite (verbatim). Ils nécessitent l'utilisation d'un guide d'entretien.

2.2 Elaboration du guide d'entretien.

Celui-ci a été élaboré en groupe de recherche à partir d'une revue peu étoffée de la littérature. Nous n'avons pas fait une telle revue de manière exhaustive afin de ne pas perturber la méthodologie de l'étude (*Grounded theory*). Il a servi de trame lors des entretiens entre l'interviewé et le chercheur.

Elle est composée de six questions ouvertes (annexe 3). La première est ce qu'on appelle une question « brise glace ». Il s'agit d'une question très large permettant de lancer la discussion. Les quatre questions suivantes permettent d'explorer les différents champs du sujet étudié. Selon Patton, elles doivent être *ouvertes, neutres et claires* [47]. Enfin, la dernière est une question de « clôture » permettant à l'interviewé de discuter sur des sujets non encore évoqués.

2.3 Recrutement des internes et critères d'inclusion.

Les internes ayant participé à cette étude sont affiliés à la Faculté de Médecine de Brest. Ils ont été contactés par courriel ou par téléphone après qu'ils se soient portés volontaires pour participer aux *focus group* initialement prévus. L'intitulé exact du sujet ne leur a pas été transmis avant les entretiens.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir effectué, ou être en train d'effectuer, un semestre en ambulatoire.
- Vouloir pratiquer la médecine de soins primaires à la suite du TCEM (les internes inscrits en DESC ont donc été exclus).

III. L'ECHANTILLONAGE.

Le nombre d'interviews à effectuer est défini en fonction de la saturation, c'est-à-dire que le recueil de données s'arrête lorsque la lecture du matériel n'apporte plus de nouveaux éléments. Ainsi, huit entretiens ont été nécessaires afin d'obtenir une saturation des données du codage axial.

Pour la constitution de l'échantillon théorique, les critères de sélection ont été :

- Le sexe. Ainsi, il y a autant d'hommes que de femmes dans l'échantillon.
- Le nombre de semestre effectués (de trois à six).

L'âge n'est pas un critère discriminant étant donné la population étudiée.

Sept des huit interviewés étaient connus du chercheur car fréquentant la même Faculté de Médecine.

IV. CONDITIONS PRATIQUES DU RECUEIL DES DONNEES.

4.1 Déroulement des entretiens.

Les entretiens se sont déroulés dans plusieurs lieux différents, en fonction des facilités des interviewés (leur domicile, mon domicile, la Faculté de Médecine de Brest ou le CHRU de Bohars). Le chercheur était seul avec l'interviewé, sauf pour l'entretien A (présence de son enfant à la fin de l'entretien). Ils ont eu lieu entre le 11 mars 2011 et le 29 avril 2011.

L'accord des participants pour enregistrer l'interview a été obtenu, sous couvert d'anonymat. Les verbatims retranscrits leur ont été adressés par courriel. Suite à cela, un nouvel accord écrit leur a été demandé (annexe 4).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique (Olympus VN-8500PC). Celui-ci était posé entre les deux interlocuteurs.

Le sujet exact de cette étude a été dévoilé aux participants au début de l'entretien. Les six questions du guide d'entretien ont été posées à tous les interviewés.

Il n'a pas été pris de notes durant les entretiens afin de préserver la concentration des deux participants.

4.2 Retranscription des verbatims.

Les enregistrements ont été retranscrits intégralement et par un seul chercheur. Ils ont été anonymisés. L'enquêteur est désigné par « Anaëlle » puis par « An » dans le reste de l'entretien. Les interviewés sont nommés de A à H en fonction de l'ordre chronologique des interviews (annexe 7).

V. L'ANALYSE DES DONNEES.

5.1 Le codage ouvert.

Il s'agit de la première étape dans l'analyse des données.

Le but est de regrouper un ensemble de mots, de phrases, sous un intitulé synthétisant leur contenu. Le codage ouvert doit rester proche des données, sans être trop conceptualisant initialement. Lorsque le code reprend une expression utilisée telle quelle par l'interviewé, il est dit *in vivo*. (annexe 5)

Lors de cette étape, le chercheur lit attentivement chaque verbatim et liste par ordre d'apparition les codes. Ceux-ci peuvent être par la suite renommés, si au fur et à mesure du codage des verbatims, l'intitulé initial n'est pas adéquat. De plus, certains codes initialement distincts peuvent être regroupés s'ils appréhendent le même phénomène : c'est la réduction des données.

Afin de diminuer le risque de subjectivité, tous les verbatims de cette étude ont été codés en aveugle par deux chercheurs, puis ces codes ont été mis en commun.

5.2 Le codage axial.

Il s'agit de la deuxième étape de l'analyse.

C'est l'étape du regroupement des codes ouverts, exprimant des concepts similaires, en catégories et sous-catégories

5.3 Le codage sélectif.

Il s'agit de la dernière étape qui vise à dégager une catégorie centrale pouvant être reliée à l'ensemble des concepts et catégories qui se sont jusqu'à présent dégagés. Cette catégorie centrale sera un véritable fil conducteur autour duquel va se construire la théorie finale.

L'analyse a été faite à l'aide du logiciel EXCEL.

Dans cette étude, le codage axial ainsi que le codage sélectif ont été validés en groupe de recherche. (annexe 6)

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ETUDE.

1.1 L'échantillon.

Huit internes en Médecine Générale ont participé à cette étude. Les caractéristiques de chacun des interviewés sont décrites dans le tableau ci-dessous : le sexe, l'âge, le semestre dans lequel se trouve les participants lors de l'entretien, la ville d'externat et la durée de l'entretien.

	SEXE	AGE	SEMESTRE EN COURS	LIEU EXTERNAT	DUREE DE L'ENTRETIEN
A	Femme	27	4ème	Brest	30 min 48 s
B	Femme	26	5ème	Brest	21 min 15 s
C	Femme	27	5ème	Brest	30 min 46 s
D	Homme	30	5ème	Reims	39 min 37 s
E	Femme	29	5ème	Rennes	18 min 36 s
F	Homme	29	3ème	Angers	31 min 13 s
G	Homme	29	5ème	Brest	24 min 54 s
H	Homme	28	6ème	Brest	20 min 08 s

La moyenne d'âge des participants est de 28 ans (de 26 à 30 ans).

La durée moyenne d'un entretien est de 27 minutes 13 secondes (allant de 18 minutes 36 à 39 minutes 37).

1.2 La saturation des données.

Le sujet étant très vaste, il n'a pas été possible d'obtenir une saturation des données au niveau du codage ouvert. Il a donc été décidé en groupe de thèse d'atteindre la saturation du codage axial.

Aucune nouvelle catégorie dans le codage axial n'a été retrouvée après le 4^{ème} entretien. Cette saturation a été confirmée par la réalisation de quatre autres interviews.

1.3 L'analyse des données.

Pour chaque entretien, un codage ouvert a été réalisé. Afin de renforcer la validité de la méthodologie, chaque entretien a été codé en aveugle par deux chercheurs avant la mise en commun. Le codage ouvert retrouve 239 codes (annexe 4). Le codage axial a été amorcé à partir du sixième entretien puis réajusté par la suite. Le codage sélectif a, quant à lui, été effectué à l'issue des huit interviews.

Le codage axial ainsi que le sélectif ont été validés en groupe de recherche.

II. LES FACTEURS DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE.

2.1 Les différentes étapes de l'installation.

2.1.1 Avant l'installation.

La possibilité d'effectuer des remplacements en début de carrière est un atout afin d'améliorer sa pratique. Cela permet également d'avoir du temps pour soi à la suite de d'études longues et prenantes (code 161) : « *Le fait aussi qu'on puisse faire des remplacements au début, dans un premier temps, pour se faire la main un petit peu et puis profiter après notre internat pour avoir un peu de vacances !* » (entretien E).

Pour les participants, il est important de bien préparer son installation. En effet, une réflexion approfondie en amont ainsi que la possibilité de bénéficier de conseils administratifs préalables sont les garants de la réussite d'une installation (codes 143, 204) : « *Non mais je pense qu'il y a des trucs, tout un tas de démarches administratives qui doit, qui... [...] Qu'il faut peut-être anticiper un peu et à ce niveau là, pour que ce soit réussi. Ca, ça y participe aussi quoi. Je ne sais pas, à un moment, à mon avis, il va falloir une organisation, enfin une installation réussie, c'est peut-être aussi en amont, une formation un petit peu plus prononcée sur... [...] Le côté administratif euh bon, il y a quelques séminaires avec la fac. [...] Mais euh, du coup ça je pense que se faire aider par des gens qui sont passés par là c'est quand même...* » (entretien D).

2.1.2 L'installation.

Pour tous les internes interrogés, l'installation ne se conçoit qu'en groupe (cabinet monodisciplinaire ou pluridisciplinaire). Ils évoquent plusieurs avantages liés à ce travail en équipe.

Ainsi, ce mode d'exercice permet une répartition du temps de travail entre les différents confrères afin d'assurer la continuité des soins pour les patients, dans des conditions optimales (codes 30, 31, 112, 172) : « *[...] pour avoir également du temps, on n'est pas obligé de travailler tous les jours. Le soir, on peut s'entraider, quand il y a des*

gardes, ça peut être mieux réparti, parce que la permanence des soins est aussi là, donc il faut se les répartir » (entretien H).

Il permet également de rompre l'isolement auquel sont parfois confrontés les médecins généralistes lors de la prise en charge des patients (codes 80, 81, 173, 199, 202, 233) : *« Euh... Parce que je pense que, je pense qu'on vit des choses qui ne sont pas toujours faciles et que c'est bien de pouvoir les partager. Euh... et parce que ben, peut-être que plus tard je changerais d'avis, mais en tout cas, pour l'instant, je pense que c'est bien de pouvoir demander l'avis d'un collègue » (entretien C).*

De plus, un travail collégial améliore la prise en charge des patients (codes 198, 200, 203) : *« le groupe doit pouvoir s'enrichir et améliorer les prises en charge de façon, de façon collective. Et puis, avec la possibilité ensuite de mettre en place des protocoles qui favorisent une prise en charge plus efficace aussi peut-être. Et puis des collaborations aussi avec d'autres professionnels de santé, en particulier les infirmières. [...]. Le paramédical, qui ont elles aussi des regards qui euh... [...] Et qui sont extrêmement riches pour la prise en charge ensuite. Voilà » (entretien G).*

En exerçant à plusieurs, cela permet aussi de démultiplier les compétences, chaque médecin du groupe pouvant développer une capacité dans des domaines qui l'intéressent (code 222) : *« Si on veut faire plus de gériatrie, moi j'adore la gériatrie, je vais faire plus de gériatrie. Je peux développer des compétences en gériatrie, ce qui me permet en cabinet de groupe, ce que je souhaiterais faire, que chacun développe ses compétences, en gynécologie, en pédiatrie et permettre un pôle de compétences relativement large, dans des milieux sous-médicalisés, ce qui permet une première entrevue des pathologies plus simple et d'entraide » (entretien H).*

Ce qui ressort également lors de ces entretiens c'est l'importance du côté convivial que représente l'exercice en groupe (code 192) : *« En fait, en causant là, je me dis que en groupe, c'est quand même sympa parce que, je vois quand on, enfin là où j'étais en stage, c'est comme même sympa. Tu t'arrêtes à quatre heures et demi, tu prends un café cinq dix minutes [...]. Tu vois des collègues, tu discutes de trucs et tout. Enfin, c'est, c'est sympa » (entretien F).*

L'aspect financier constitue un atout indéniable en faveur de ce mode d'exercice pour certains interviewés. Cela permet ainsi de répartir les frais de fonctionnement entre les différents confrères (secrétariat, locaux, matériel) (codes 85, 201) : *« Ben il y a aussi le côté un peu financier. De pouvoir euh... avoir des locaux, des secrétaires, ben tout ce qui est informatique. Parce que c'est vrai que, ben même le matériel, c'est moins cher quand on est plusieurs. C'est plus rentable quoi ! (rires) » (entretien C).*

Lorsqu'ils évoquent leur future installation, les internes sont très attachés au principe de la liberté d'installation. Ainsi, ils souhaitent exercer dans un milieu qui leur corresponde et non un milieu qui leur aurait été imposé et qui ne concorderait pas forcément ni avec leur mode ni avec leurs choix de vie (codes 32, 107, 108, 117, 190) : *« C'est vrai que pour moi, l'installation c'est aussi ça. S'installer dans un milieu qui qui... [...] Qui te corresponde, qui te plaît »* (entretien D).

Savoir qu'ils ont la possibilité de changer de lieu au cours de leur vie s'ils le désirent est aussi un facteur de satisfaction (code 118) : *« Ca, c'est un des trucs que j'aime beaucoup en médecine, dans la médecine générale, c'est que non seulement, tu as une pluralité de de façon d'exercer, mais en plus, si tu as envie, si tu en as plein-le-cul un jour, ou que tu as un gros évènement dans ta vie qui fait que tu dois changer d'endroit, ou machin, ben tu peux quoi ! Tu as quand même une liberté qui est phénoménale ! »* (entretien F).

Parmi les facteurs nécessaires à une bonne installation, les interviewés soulignent l'importance de se sentir bien dans son lieu de travail (codes 139, 140) : *« des locaux et puis le cabinet qui soit... [...] Où je me sente bien dedans quoi »* (entretien D).

La proximité des autres professionnels de santé semble un facteur d'attractivité dans le choix du lieu d'installation (codes 33, 34) : *« Même sur le plan professionnel quoi. Du coup, c'est vrai que ça me paraît important d'avoir ben euh... ne serait-ce qu'un kiné, une infirmière, une pharmacie. Même si les spécialistes sont loin, on a besoin quand même... [...] Des paramédicaux autour parce que, voilà même un dentiste »* (entretien C).

2.1.3 L'avenir.

La satisfaction de ces internes tient aussi au fait qu'ils sont sereins pour leur avenir professionnel, ils ne craignent pas le chômage. De plus, ils sont ravis de voir que le métier qu'ils ont choisi va évoluer dans les années à venir, ne restera pas figé (codes 63, 78, 86, 138) : *« Confiant pour l'avenir, on ne connaît pas le chômage. En terme d'inquiétude d'avoir une activité ou pas, on n'aura jamais cette inquiétude là, jamais. C'est quelque chose qui est fabuleux. Il y a peu de branches dans laquelle ce soit le cas »* (entretien H) ; *« Oui, et puis bon, c'est une discipline qui est en plein essor. On a un système de santé qui de toute façon va basculer vers une mise en avant du généraliste, parce que le système hospitalo-centré coute beaucoup trop cher, ne serait-ce que pour ça »* (entretien G) ; *« Quand tu vois dans ton entourage des gens qui... [...] qui finissent leur études et qui attendent six mois, un an, un an et demi, deux ans pour trouver un taf, enfin bon. [...] Parce que du coup, comme tu sais que de toute façon, tu auras toujours à manger, à boire et que tu seras logé, tu n'auras pas de problème pour ça. [...] Ca, c'est aussi quand même vachement confortable. Ca, le côté, tu ne seras jamais au chômage, tous ces trucs la*

quoi. Et oui, ça, c'est la liberté qu'on a [...] Je me dis vraiment, il n'y a que du bon qui va venir. Ca va être génial ! » (entretien F).

Les multiples orientations de carrières qu'offre la Médecine Générale, ainsi que la possibilité d'en changer au cours de sa vie, représentent également des facteurs d'épanouissement pour ces jeunes praticiens (codes 61, 111, 118) : *« Quand j'ai choisi médecine G [...]... A l'époque, je ne savais pas trop vers quoi j'allais m'orienter non plus donc c'est vrai que c'était de me dire, je choisis une spécialité mais en sachant qu'après je pourrais réouvrir vers un peu tout ce que je veux » (entretien C).*

2.2 L'organisation.

2.2.1 L'organisation du cabinet.

Un secrétariat semble indispensable afin que l'exercice quotidien du praticien soit facilité. Ainsi, pouvoir déléguer des tâches administratives, pouvoir se concentrer entièrement à sa consultation en n'étant pas obligé de répondre au téléphone sont des facteurs essentiels pour les internes interrogés (codes 40, 41) : *« je trouve que c'est bien quand les secrétaires récupèrent les dossiers, les machins, euh les papiers, les ordonnances, les cartes vitales oubliées. [...] quand tu es en consulte, tu es en consulte. Tu ne peux pas quitter ta consulte parce que Mme Machin veut que tu signes son bon de transport. Et puis, c'est vrai que c'est quand même plus facile quand les secrétaires sont habituées à gérer le téléphone, à ne te déranger que si c'est vraiment une urgence » (entretien A).*

Avoir des locaux et du matériel adapté, ainsi qu'un système informatique performant, sont pour eux une des exigences incontournables pour leur installation (codes 42, 43, 44, 79) : *« Après, l'installation réussie, il faut aussi du bon matériel informatique maintenant. C'est indispensable quoi, pour tout ce qui est, tout ce qui est réception des examens complémentaires... » (entretien D).*

2.2.2 L'organisation du temps de travail.

Avec ces huit entretiens, la nouvelle génération de médecins, tout aussi bien les hommes que les femmes, nous fait part de leur souhait d'assurer un équilibre harmonieux entre vie professionnelle et vie privée. Ainsi, avoir la possibilité de se dégager du temps libre pour soi ou sa famille est une des conditions pour avoir une vie épanouie (codes 28, 82, 83, 150, 187, 189) : *« Savoir se libérer un espace en dehors du travail [...] Pour sa vie de famille, sa vie personnelle pour arriver épanoui et pas se sentir euh... emprisonné quelque part dans son activité » (entretien H) ; « Exercer quatre jours par semaine, moi je trouve ça très positif dans la mesure où, c'est quelque part une*

obligation à vivre sa vie en dehors, autre que professionnelle. Dans le sens où on ne peut être un bon professionnel que si on a une vie personnelle, familiale et tout ce qu'on veut qui soit épanoui aussi. On est obligé de faire les deux. » (entretien H) ; « *ça serait idéal des horaires compatibles avec une vie de famille, mais bon. Voilà, le mercredi après-midi de libre, voire tout le mercredi. Euh... peut-être travailler un samedi sur deux, euh... [...] Finir à 19h pour aller chercher les enfants chez la nounou, des trucs comme ça* » (entretien B).

Le travail sous forme de consultations, sur rendez-vous, est aussi plébiscité (codes 84, 121).

2.3 L'exercice.

2.3.1 La liberté dans l'exercice professionnel.

La notion de liberté dans le travail est un facteur de satisfaction fondamental : liberté d'adapter son activité médicale à ses goûts, liberté de ses prises en charge, liberté dans le choix de ses confrères (codes 73, 92, 93, 183, 197, 214, 223) : « *On maintient des connaissances générales mais, si on a des appétences pour certains domaines, on peut les développer. Et c'est souvent apprécier d'ailleurs, j'ai l'impression, par les patients* » (entretien H).

L'indépendance est retrouvée comme critère de choix de cette profession. L'exercice libéral est pour eux synonyme de liberté à la différence de l'exercice salarié, et plus particulièrement hospitalier dont ils ont pu appréhender les contraintes (administratives, relationnelles) lors de leur formation (codes 74, 75, 95, 96, 185) : « *Après, c'est d'être indépendant, sans patron au-dessus, à nous dire quoi faire et comment le faire. Donc ça oui, c'est des côtés que j'aime bien en médecine générale et en libéral. [...] Et puis vraiment d'être indépendante. C'est vrai que la hiérarchie à l'hôpital, j'ai trouvé que c'était... Lourd. Que ça influençait trop nos choix. En plus c'est vrai qu'à l'heure actuelle, il y a aussi tout ce qui est financier (la T2A) et... Et je trouvais ça exécrable* » (entretien C) ; « *voilà le côté, j'aurais eu du mal je pense à être employée de quelqu'un, j'aime bien gérer comme je le sens et...* » (entretien E) ; « *A l'hôpital les patients en alcoologie, ils subissent à l'hôpital. Alors qu'en ville, on est là, on vient souvent chez eux. Avec les visites à domicile, dans la mesure où on voit les patients dans leur contexte, il y a plus un pied d'égalité euh... [...] Entre le patient et le médecin alors qu'à l'hôpital, la relation est plus hiérarchique, ce qui me semble plus pesant dans le suivi de tous les jours* » (entretien H).

2.3.2 Le rôle du médecin généraliste.

Exercer leur profession en prenant soin de maîtriser les compétences nécessaires à chaque Médecin de Famille, selon la WONCA [2], est pour eux source de satisfaction.

✓ Gestion de soins de santé primaire.

Etre le Médecin de soins primaires représente un des intérêts de ce métier (codes 94, 102, 213, 225) : « *Ils (les autres spécialistes) ne les voient pas régulièrement comme on les voit, parce qu'il n'y a pas la proximité non plus. C'est vrai que nous on a la possibilité d'aller à domicile, de les voir dans leur contexte, voire même de voir leur famille, de connaître leur entourage. Et en spécialité, ils ne connaissent pas tout ça quoi* » (entretien C) ; « *Le côté soins primaires me paraît fondamental. Et qu'on ne trouve pas dans d'autres spécialités. La base de toute intervention, la notion de soins primaires c'est quelque chose de très noble, qu'il faut continuer à travailler* » (entretien H).

✓ Soins centrés sur la personne.

Les internes interrogés sont attirés par cette spécialité car, plus qu'une autre, elle prodigue des soins centrés sur la personne et non pas sur un organe.

La notion de suivi au long cours et de prise en charge globale des patients est ici fondamentale (codes 16, 71, 181) : « *Mais aussi, enfin, vraiment le patient dans sa globalité. Il vient me voir un jour pour un problème médical, après un problème, oui il faut poser un implant, un stérilet, enfin... De son enfance jusqu'au stade adulte avec tout ce qui va avec, tous les stades de sa vie* » (entretien B).

Ces praticiens sont également attachés à la notion de Médecin de Famille. Connaître ses patients, soigner, suivre plusieurs générations d'une même famille font partis des intérêts de cette spécialité (code 18) : « *On est vachement proche des gens. On les suit en plus, on va voir des familles en entier, avec différentes générations tout ça. C'est sympa de pouvoir suivre et puis de voir la relation entre les gens dans une même famille* » (entretien E).

L'aspect humaniste de cette profession, tel que aider, soigner, rendre service aux gens sont des facteurs d'épanouissement (codes 24, 68, 69, 132, 156, 174) : « *Et puis ben, moi ce qui me fait plaisir, enfin ce qui me plaît, c'est aussi de d'aider les gens quoi* » (entretien D) ; « *Et puis oui, aider les gens. C'est quand même génial de pouvoir aider, que quand ils sortent ils sont un peu mieux que quand ils rentrent* » (entretien E) ; « *le contact avec les gens, c'est essayer de les soigner, de prendre soin d'eux voilà. Ils viennent te voir avec une demande et tu essaies, du mieux que tu peux, d'y répondre. Ca j'aime bien ça* » (entretien B).

Un des rôles du Médecin de Famille pour ces internes est de conseiller les patients, parfois de négocier avec eux, afin que la décision de la prise en charge soit faite conjointement, de façon partagée. Ce mode de relation médecin/patient est une source de satisfaction (codes 70, 101, 122, 123, 124) : « *Les gens viennent pour avoir des avis, on échange les idées sur, qu'est-ce qu'il faut faire ainsi de suite pour aller mieux* » (entretien D) ; « *Enfin quand on arrive à les faire adhérer à notre façon de voir les choses, juste en discutant avec eux, c'est c'est qu'on a gagné je pense ! (rires)* » (entretien C).

Prendre en charge les patients, non seulement sur le plan somatique, mais aussi sur le plan psycho-social rend pour eux cette profession intéressante (codes 109, 110) : « *Et il y a aussi le côté euh..., tu vois, social, que j'aime bien* » (entretien F) ; « *Ben le psy j'aime bien... je pense que je suis moins à l'aise... psychologique oui psychiatrique... [...] Mais le côté psychologique oui, ça j'aime beaucoup oui. Tout ce qui est discuter...* » (entretien C).

✓ Approche globale et modèle holistique.

L'approche globale ainsi que l'adoption d'un modèle holistique dans la prise en charge des patients représente un atout indéniable pour le choix de cette spécialité.

La notion de prise en charge globale du patient est pour eux indissociable du rôle du Médecin Généraliste, ce qui rend cette profession intéressante (code 71) : « *C'est-à-dire qu'on a en France là, pour l'instant, un modèle qui est curatif, hospitalo-centré, et donc cloisonné, c'est-à-dire qui se concentre sur la maladie. Le patient vient pour un problème donné, on traite le problème et puis après « salut ». Voilà. Après, on a fait notre travail et on estime qu'on l'a bien fait. Et la médecine générale, l'attire que je vois dans cette spécialité, c'est que ben, ce n'est jamais fini. Il n'y a jamais un moment où on a traité le problème, on n'y a répondu et « salut », voilà. Ce n'est jamais fini et il faut prendre en compte l'ensemble des choses. Euh... Du registre de la maladie mais aussi du registre du psychique, du social, la définition de l'OMS finalement* » (entretien G).

Les consultations portant sur l'éducation du patient, la prévention, le dépistage sont sources de plaisir pour ces praticiens (codes 25, 59, 133, 220) : « *il y a ça aussi mais non, tu vois des cours de prévention des maladies, des espèces de petits topos pour les patients ou des soirées tu vois... [...] Oui, genre une demi-heure, trois quart d'heure, où on met je ne sais pas cinq six patients en même temps et puis... Mais ça c'est assez dans l'air du temps* » (entretien A).

Devoir gérer de multiples aspects chez des patients atteints de pathologies chroniques et/ou de polyopathologies, coordonner les soins, est inhérent au rôle de Médecin Généraliste. Ceci représente un facteur d'attractivité pour ces internes (code 5) : « *ça n'empêche que l'on a pleins de choses à faire avec eux (les patients atteints de pathologies*

chroniques) quand même. Et puis que voilà, il y a toujours un peu d'imprévu. Chez ces personnes chez qui on s'attendrait à ne rien trouver de spécial, et ben on a quand même plein de choses à organiser et puis on n'est pas à l'abri de trouver un truc, une maladie plus grave, ou un truc que l'on aurait oublié avant » (entretien A).

✓ Orientation communautaire.

Les internes sont conscients, et contents, de la nécessité d'assurer les soins primaires dans un bassin de population. En effet, ils ont à cœur de répondre aux besoins de la société, des patients (codes 27, 135, 186, 217, 235) : « on répond quand même à un besoin, enfin les gens ont besoin de voir des médecins » (entretien A) ; « Rôle (dans la société) oui, pas un statut, un rôle vraiment de pouvoir prendre la position d'aider ceux qui m'entourent, de rendre service » (entretien H) ; « Qu'est-ce qui pourrait être positif ? Que leur papa soit utile, une utilité, une place dans la société, qu'il rende service, qu'il travaille » (entretien H) ; « Et puis euh, oui il y a ce côté-là. Aussi, peut-être un peu, euh... un peu tu vois, vis-à-vis de la société. Je pense que le médecin généraliste est quelqu'un finalement de vachement économe » (entretien F).

La possibilité de faire de la recherche en Médecine Générale ou par la suite d'enseigner aux étudiants est également un facteur d'épanouissement dans son métier (code 227) : « J'adorerais pouvoir participer ensuite (à la recherche en Médecine générale) [...] en complément d'une pratique à côté. Mais oui, promouvoir la recherche me paraît formidable oui » (entretien H).

✓ Aptitude spécifique à la résolution de problèmes.

Selon la WONCA [2], l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes est une des compétences nécessaires à un bon Médecin de Famille. Pour les internes interrogés, cette qualité rend également ce métier intéressant, palpitant (codes 7, 17, 90) : « Et puis ben la petite urgence, c'est toujours un peu palpitant quand même » (entretien A).

2.3.3 La variété du mode d'exercice.

La variété des pathologies et des personnes rencontrées dans l'exercice de ce métier est un des attraits majeurs de cette profession selon les internes interrogés (codes 2, 3) : « Même en sémio, on avait fait quelques jours chez le prat. Rien que ça, ça m'a, ça m'a, c'était sûr c'était ça que je voulais. Voilà, j'avais des à priori, peut-être que je verrais trop tout le temps les mêmes maladies mais non, au contraire, c'est hyper varié. Euh... Non c'est surtout cette variété voilà, qui me plaît » (entretien B) ; « Je pense que c'est de voir des choses variées, d'avoir à faire à des gens qui viennent d'horizons différents, des enfants, des

vieux, des populations bien différentes » (entretien A) ; *« Pouvoir faire un peu multifonction, pouvoir des fois aussi faire que des entretiens un peu psy, enfin voir des choses très variées. Je pense que si... Enfin, moi je n'aurais pas fait de spé parce que faire toujours la même chose, même si c'est à chaque fois des personnes différentes, ça aurait été trop pareil »* (entretien A)

Ils ont aussi été attirés par le fait qu'il n'existe pas de routine en Médecine Générale. Ainsi, les journées sont imprévisibles, ce qui est palpitant. En effet, les motifs de consultation sont variés de même que les activités pendant la journée de travail (consultations, visites) (codes 4, 9, 137) : *« on ne sait pas à quoi s'attendre à chaque consultation. C'est surprise ! (rires) »* (entretien B) ; *« Moi ce que j'aime bien, c'est la diversité des consultations, de pouvoir me dire que je ne sais pas ce que vais avoir aujourd'hui mais que je sais que je vais voir un peu de tout, que ce ne sera sûrement pas la même chose que la veille ou que le lendemain »* (entretien C).

Rencontrer de nouvelles personnes, apprendre à découvrir des patients différents tous les jours passionne les internes ayant choisi cette spécialité (code 8) : *« Maintenant, en passant chez le stage prat, c'est là que je me rends compte. Et ce que j'aime, là où j'apprécie d'aller au taf c'était, en fait c'était la façon d'exercer et puis, la façon de rencontrer les autres, quoi. Ça changeait complètement de ce que j'avais connu à l'hôpital en tant qu'externe »* (entretien F) ; *« C'est toujours sympa de faire connaissance avec les gens »* (entretien B) ; *« Et la médecine générale est je trouve un lieu de rencontres fabuleuses, de milieux et de situations extrêmement diverses et que je trouve passionnant, que je pense qu'on a peut-être un peu moins dans d'autres disciplines »* (entretien H).

La possibilité de « se spécialiser » dans certains domaines de prédilection (pédiatrie, gynécologie, psychiatrie...) est très positivement mentionné par les personnes auditées (codes 13, 14, 62, 88, 191, 221).

Effectuer des actes techniques variés (sutures, frottis cervico-vaginal, infiltrations...) est source de plaisir pour eux. En effet, le côté manuel qui existe dans cette profession est également un facteur d'attractivité (code 12) : *« Oui ça les petits gestes après, ça j'aime bien. J'espère que je pourrais en faire un peu [...] les sutures c'est vrai que j'aime bien. Les infiltrations, j'en ai fait pas mal en rhumato, j'aime bien aussi »* (entretien C).

Tout en privilégiant un exercice libéral, certains des interviewés ont envisagé d'avoir une activité mixte (libérale et salariée, en faisant des vacations à l'hôpital, au planning familial, en étant médecin coordonnateur en maison de retraite...) (code 60) : *« Il y a un autre truc qui moi me plaît aussi c'est qu'on n'est pas obligé de faire du libéral à 100%, on peut aussi avoir une vacation à droite, à gauche, au planning ou dans une maison de retraite »* (entretien A).

Faire de la médecine humanitaire ou partir exercer à l'étranger sont des projets rendus possibles par l'exercice de la Médecine Générale (codes 163, 164, 177, 178, 179) : « *on peut partir, on peut faire de l'humanitaire* » (entretien E).

2.3.4 L'intérêt des visites à domicile.

Les visites à domicile sont une des spécificités de la Médecine de Famille qui présentent un intérêt fondamental pour ces jeunes praticiens (codes 11, 104, 105, 182). Ainsi, cela permet de connaître les conditions de vie des patients, en particulier des personnes âgées, afin d'appréhender leurs difficultés potentielles. De plus, elles sont nécessaires pour garantir l'accès aux soins des personnes ne pouvant se déplacer : « *Les visites à domicile, je trouve que c'est sympa. On n'en fait pas beaucoup à l'heure actuelle mais, chez les personnes âgées qui ne peuvent pas se déplacer, c'est vrai que c'est bien. Ça permet d'adapter notre conduite à tenir. Ce n'est pas du tout la même chose si la personne a un logement salubre... Et puis, ben c'est des moments, enfin... on partage un peu leur intimité. Et oui, oui j'aime bien* » (entretien C) ; « *En tout cas, intervenir dans le lieu de vie du patient, pour savoir quels sont ses problèmes dans la vie de tous les jours, en tant que personne âgée. On peut comprendre bien les problèmes qui se posent à eux, quand on connaît leur mode de vie, s'ils habitent à l'étage...* » (entretien H).

2.3.5 La permanence des soins.

La mise en place d'une permanence des soins avec les autres Médecins Généralistes du secteur, ainsi que la régulation par le centre 15 ont amélioré le confort de vie, ainsi que le confort des gardes des omnipraticiens libéraux. (codes 113, 212) : « *Oui et puis ça, on voit d'autres patients aussi, on voit d'autres pathologies parce que c'est un peu plus des urgences donc ça permet aussi de voir d'autres choses. C'est vrai que maintenant que c'est régulé par le 15, on voit aussi moins de patients, on est moins dérangé donc c'est plus facile à gérer* » (entretien C) ; « *Et euh, je crois qu'il faut sortir de ce modèle là, où le médecin généraliste...[...] Doit être là vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ça suppose d'avoir quelqu'un qui voit les patients quand on n'est pas là [...] puis quelqu'un qui prend la garde. On sait à qui on laisse les patients quand on part à dix-neuf heures* » (entretien G).

Les gardes ne sont pas vécues comme une contrainte, dans la mesure où elles ne sont plus quotidiennes. Les internes éprouvent du plaisir à participer à la permanence des soins. Elle leur permet d'améliorer leur formation, de garder un contact avec la Médecine d'Urgence. C'est aussi un des devoirs de leur profession d'assurer la continuité des soins (codes 230, 231, 232) : « *Ça permet aussi de garder un contact avec une médecine d'urgence, de poursuivre sa formation aussi [...] j'ai l'impression que c'est une nécessité, et puis c'est aussi un plaisir parce que là encore, on rend service au patient. Je*

pense que l'axe principal, c'est de rendre service à ses patients, dans notre métier» (entretien H).

2.4 La stimulation intellectuelle.

2.4.1 La stimulation intellectuelle.

Les internes interrogés éprouvent du plaisir à exercer ce métier car il est stimulant intellectuellement (codes 6, 64, 106, 171) : *« Chercher des diagnostics, s'il y a des trucs qu'on peut faire oui, oui si. Ben la recherche évidemment oui, essayer de comprendre pourquoi les gens ils ne vont pas bien c'est, c'est le côté intellectuel. C'est le truc, c'est le moteur quoi ! C'est ce qui fait le plus, c'est ce qui est motivant quoi »* (entretien D) ; *« C'est stimulant intellectuellement »* (entretien E).

Un des facteurs d'attractivité tient au fait qu'il s'agit d'un métier scientifique, permettant de connaître la physiopathologie de multiples pathologies (codes 168, 170) : *« Et puis, oui pareil, je suis assez curieuse, j'aime bien comprendre comment les choses marchent, tout ça, connaître les derniers trucs, les recommandations »* (entretien E).

Enseigner la Médecine Générale aux étudiants est une activité envisagée par ces internes (code 237) : *« on peut faire de l'enseignement »* (entretien H).

2.4.2 Un apprentissage permanent.

Se former, apprendre tout au long de sa vie est inhérent à cette profession. Mais, c'est également une source de satisfaction que de pouvoir s'améliorer, progresser dans son métier (codes 65, 66, 166, 231) : *« Et puis c'est vrai que de pouvoir continuer à se former, se dire qu'on va à chaque fois refaire une nouvelle médecine, enfin une médecine différente, même pour un patient que l'on connaît depuis 25 ans, si on a eu une formation sur un truc, et donc on va être meilleur qu'il y a cinq ans [...] C'est sûr que c'est toujours enrichissant de se dire « toute ma vie je vais apprendre », ça c'est pas mal. Toute ma vie je vais apprendre et je ne vais pas végéter sur ce que je sais. Ce n'est pas tous les métiers ça ! »* (entretien A).

2.4.3 La formation médicale.

La formation médicale continue est perçue comme un outil indispensable pour actualiser ses connaissances, améliorer les prises en charge de ses patients. De plus, elle offre la possibilité de se spécialiser dans les domaines que chaque praticien affectionne

plus particulièrement (codes 36, 97, 165, 166, 167, 169, 238) : « *En médecine G (Médecine Générale), oui c'est sur que ben tout ce qui est formation continue, c'est agréable* » (entretien C) ; « *Je pense que c'est important de se former régulièrement. [...]* Ben, pour être bon dans ce qu'on fait » (entretien E).

2.5 La maîtrise de stage.

Etre maître de stage est une des aspirations de ces médecins (codes 56, 57, 58, 98, 99, 205, 206, 207).

En effet, la relation conviviale qui existe entre le médecin et l'interne est une des raisons les poussant à devenir maître de stage. De plus, transmettre leur savoir aux générations futures est pour eux une source de satisfaction potentielle : « *Oui je trouve qu'on a des relations sympas avec nos maîtres de stage, enfin la plupart du temps, on est content de pouvoir apprendre d'eux. Donc je pense qu'on sera aussi content de leur apprendre plus tard* » (entretien A).

Mais, cette transmission des connaissances n'est pas à sens unique. Ainsi, être maître de stage impose de se remettre en question et permet un enrichissement des connaissances : « *Maître de stage si ! Ca je ne l'ai pas dit, être maître de stage, ça sans aucun doute dès que je peux. [...]*... Je dirais, enfin c'est un plaisir aussi de bosser avec quelqu'un qui est là pour poser des questions. [...] D'apprendre à quelqu'un et d'apprendre soi parce que c'est quand même super pénible un externe ou un interne qui te posent des questions auxquelles on n'a pas la réponse ! (rires) [...] C'est un apport qui est génial parce que, on voit même quand on est interne à l'hôpital au CHU, où tu as des externes qui sortent les dernières recommandations, et tu te dis « bon, d'accord ». Et puis, ça permet aussi je pense, de ne pas s'enkyster dans le « je suis médecin, je sais [...] Et finalement, je pense que prendre des étudiants dès le début, je pense que c'est un bon moyen de ne pas tomber la dedans, de ne jamais se dire euh « je suis bon », de ne jamais se dire « je suis sûr », voilà de toujours se remettre en question. Plus le côté regard, enfin consultation à trois, le regard extérieur qui permet encore une fois d'apporter un regard différent sur les consultations et d'enrichir le dialogue quoi ». » (entretien G).

2.6 La relation.

2.6.1 La relation médecin/patient.

La Médecine Générale véhicule également l'image d'une médecine ayant une relation privilégiée, proche, complice avec le patient. C'est pour cette raison que beaucoup de ces internes ont été attirés par cette spécialité (codes 1, 19, 26, 67, 129, 130, 141, 142, 146,

159, 180, 196) : « *C'est un plaisir d'être au contact avec les gens* » (entretien H) ; « *Moi, ce que j'aime bien surtout dans la médecine générale c'est que, enfin je pense, à terme, il y a de la complicité. Il y a des gens qui, enfin, des gens qui se confient* » (entretien D) ; « *Il y a des patients qui deviennent des amis et ainsi de suite. Je veux dire ... Moi j'ai vu ça à, j'en ai l'expérience de ça à (ville de 1900 habitants), tu as des gens, c'est plus que des patients* » (entretien D) ; « *On est vachement proche des gens* » (entretien E) ; « *je trouve qu'on a un contact facile de tous les jours, et dans la vie même des gens. [...] On les connaît mieux, on les connaît de tous les jours. Il y a un lien qui est beaucoup plus proche parce qu'il y a un suivi au long cours* » (entretien H) ; « *Et puis je pense que la relation c'était une grande partie du choix (de la Médecine Générale)* » (entretien A) ; « *Je pense que ce que j'aime beaucoup, c'est le relationnel avec les patients, qu'on n'a pas dans beaucoup de métiers* » (entretien C).

Cette relation privilégiée, du fait du suivi au long cours, permet d'obtenir une relation de confiance avec les patients, source d'épanouissement pour le praticien (code 23) : « *Une confiance mutuelle ben c'est, c'est le top. Enfin quand on arrive à les faire adhérer à notre façon de voir les choses, juste en discutant avec eux, c'est c'est qu'on a gagné je pense ! (rires)* » (entretien C) ; « *Il y a un lien qui est beaucoup plus proche parce qu'il y a un suivi au long cours. La notion de suivi, de dépistage, de prévention qui est présente, qu'il y a cette relation de confiance qui s'instaure énormément. Plus que le respect, il y a de la confiance* » (entretien H).

Ils ont de plus choisi cette profession car elle leur permettait de connaître les patients, ainsi que leur entourage, leur famille (codes 91, 103, 155, 160) : « *Ce qui est agréable, c'est de, au bout d'un moment, c'est de connaître les gens. Et de les revoir, de les revoir du coup régulièrement, ben ça permet d'avoir un suivi. [...] C'est vrai que nous on a la possibilité d'aller à domicile, de les voir dans leur contexte, voire même de voir leur famille, de connaître leur entourage. Et en spécialité, ils ne connaissent pas tout ça quoi* » (entretien C).

Ces internes sont conscients qu'ils ont un rôle important dans la vie des gens, ce qui leur procure une satisfaction (code 20) : « *Et puis je pense que la relation c'était une grande partie du choix, le fait que ce soit varié. Et puis... Oui enfin c'est surtout la place que l'on peut avoir pour les gens* » (entretien A).

Pouvoir discuter, échanger avec leur patients de Médecine, de leur vie ou de sujets très divers rend ce métier intéressant et enrichissant (codes 89, 120, 157) : « *J'aime bien discuter avec les gens. Voilà. Effectivement, je pense que ça c'est important. Ça prend du temps mais...* » (entretien C) ; « *Ben j'aime bien, je suis assez curieuse donc j'aime bien qu'ils me racontent un peu leurs histoires. Pas que le côté médical, leur vie tout ça* » (entretien E).

Comme nous avons pu le voir précédemment, cette génération de Médecins Généralistes prône un rapport « égalitaire » avec le patient, et non pas paternaliste. C'est avec ce mode de relation qu'ils se sentent le plus épanoui dans leur métier (codes 76, 224) : *« Avec les visites à domicile, dans la mesure où on voit les patients dans leur contexte, il y a plus un pied d'égalité euh... [...] Entre le patient et le médecin alors qu'à l'hôpital, la relation est plus hiérarchique, ce qui me semble plus pesant dans le suivi de tous les jours »* (entretien H).

S'ils ont choisi cette spécialité, c'est également lié au fait qu'ils recherchent une relation de bienveillance, de gentillesse avec le patients. Ils ne pensent pas trouver cela dans les autres spécialités (codes 128, 136) : *« il n'y a pas de rapport, il n'y a pas le même rapport qu'entre un médecin hospitalier et un patient. Je veux dire, il y a quand même beaucoup plus de... [...] De dignité vis-à-vis des gens je trouve. [...] Tu les regardes aussi un peu avec bienveillance quoi ! Je ne sais pas, tu peux très bien, en voyant une petite mamie marcher dans la rue, te dire ben tiens elle à mon avis son genou il doit lui faire un peu des misères... Je ne sais pas, j'aime bien ça oui »* (entretien D).

2.6.2 La relation aux confrères/ aux autres professionnels de santé.

L'importance du travail en réseau, de connaître ses collègues, est soulignée par ces praticiens. Ils ne conçoivent pas un travail solitaire, isolé des confrères ou des autres professionnels de santé (codes 35, 94, 119, 195, 215) : *« c'est quand même d'avoir un réseau autour de soi quand même. Euh voilà... Un labo, pour pouvoir au moins avoir des informations, des réponses rapides [...] Pour les radios c'est quand même aussi plus facile d'avoir, ou une écho ou un truc rapidement. Voilà... »* (entretien A) ; *« il y a aussi tout ce qui est ben, le contact entre professionnels quoi, d'être en relation avec d'autres médecins, pouvoir discuter. C'est des choses aussi qui sont importantes oui et puis agréables. [...] Oui, de pouvoir avoir des contacts même avec les spécialistes, par téléphone ou.... »* (entretien C).

Comme nous avons pu le voir, cette nouvelle génération souhaite exercer en cabinet de groupe ou en maison de santé, mais pas dans n'importe quelles conditions. Ainsi, une bonne entente avec confrères du groupe est indispensable pour se sentir bien dans son travail (codes 45, 153, 192) : *« Oui, et puis, une bonne ambiance quoi (dans le cabinet) [...] Oui, c'est ça, une bonne ambiance. Que tout le monde soit, enfin tout le monde... qu'il y ait un travail coopératif véritablement »* (entretien D) ; *« Et pour moi, si la question c'est quelle est pour moi l'installation réussie, c'est une maison de santé avec un groupe de professionnels avec qui je m'entends bien, avec qui, avec qui c'est un plaisir d'aller bosser finalement »* (entretien G).

Avoir des contacts, un soutien, une bonne relation avec l'URSSAF, la CPAM sont des facteurs facilitant l'exercice (codes 184, 228) : *« Sur le fond, les gens avec qui on communique, même avec la sécurité sociale, avec l'URSAFF et tout ça, ce sont des gens de bonne volonté, qui sont là également, très généralement, j'ai été surpris depuis que j'ai découvert ce milieu là, qui sont investis pour aider et pas du tout pour nous piéger. C'est vraiment... »* (entretien H).

2.6.3 La relation avec la communauté sociale.

Ils mentionnent également qu'ils ont la possibilité ou non de s'investir dans la communauté, qu'ils ont la possibilité d'être plus ou moins proche de leurs patients dans la vie quotidienne (codes 54, 147) : *« Etre plutôt coupé de l'endroit où on travaille, dans le sens avoir au moins quinze minutes pour ne pas forcément croiser les patients. Pas trop loin non plus parce que sinon on ne peut pas rentrer très facilement »* (entretien A) ; *« Après euh... dans les autres choses j'aimerais bien n'être pas trop loin de chez moi mais pas trop près non plus. [...] Pas dans la même ville. [...] Oui, pour ne pas croiser... C'est vrai que ce n'est pas toujours très agréable, quand on va faire les courses, de croiser des patients qui nous demandent un diagnostic entre le beurre et la crème fraîche! (rires). Moi, ce n'est pas trop ce que j'ai envie »* (entretien C) ; *« Tu n'as pas que du, tu as des échanges qui sont, je ne dirais pas en nature mais presque. Tu as des gens qui veulent rendre des services, après, c'est un échange de compétences. Ça ne passe même plus par l'argent quoi »* (entretien D).

Le statut social du médecin est source de fierté aussi pour certains d'entre eux (code 134) : *« il reste une forme de statut social finalement au médecin, qui peut être peut-être une source de fierté. Il y a quand même une position sociale qui existe »* (entretien G).

Afin de faciliter et de favoriser leur installation, ces médecins soulignent l'importance des mesures incitatives que les autorités nationales et locales peuvent mettre en place (code 234) : *« Qui serait important pour moi, ben c'est euh d'avoir... que l'exercice soit facilité. Là c'est notamment facilité en rural pour l'installation. Une chose à laquelle il faut que je fasse attention, c'est l'investissement initial. [...] De plus en plus d'aides pour aider quand on n'a pas d'apports de base. De plus en plus, les ARS, les conseils régionaux s'investissent devant cette médecine de proximité. [...] Les mairies également. Il y a beaucoup de choses qui sont faites, c'est toujours des choses à construire comme toujours mais, il y a une volonté politique en soi au niveau régionale, qui est bien présente. Donc oui, il y a des choses à faire et avec de la volonté, on y arrive quoi »* (entretien H).

2.7 La reconnaissance.

Les internes sont heureux d'obtenir des marques de reconnaissance ainsi que des remerciements de la part des patients dont ils s'occupent (codes 21, 100, 145) : « *Mais tu vois, le fait d'avoir une reconnaissance des gens, pour moi, je ne mets jamais ça en premier mais je pense que, mine de rien, ça doit quand même être une des raisons, pas forcément consciente mais, pour lesquelles j'ai choisi ce métier. Je ne pense pas que ce soit l'aspect financier pur. Je pense que le fait d'avoir un rôle pour les patients...* » (entretien A) ; « *Oui, c'est sûr que la reconnaissance ça joue vachement. Quand tu, quand les gens ils sont reconnaissants de ce que tu as fait pour eux... [...] Ca te motive encore plus pour, pour... [...] Pour continuer. Et puis, pour faire bien avec les autres et ainsi de suite. Ca c'est sur, la reconnaissance, on, on cherche ça aussi dans ce métier là, c'est clair. Il ne faut pas, il ne faut pas... [...] Faut pas se le cacher* » (entretien D) ; « *et puis ben, c'est vrai que c'est tellement agréable quand on peut aider quelqu'un et puis ben qu'en retour il nous remercie derrière* » (entretien C).

2.8 Les facteurs de satisfaction identitaire.

La fierté d'exercer un métier reconnu comme l'un des plus beaux métiers est aussi mentionner comme un facteur de satisfaction (codes 148, 226) : « *Dans l'imaginaire, surtout dans les générations un peu avant, c'est quand même vraiment, ça fait partie d'un des plus beaux métiers quoi ! Moi, je sais que mes grands-parents, que mon grand père me dit souvent « tu fais le plus beau métier du monde ! ». Et euh... c'est vrai qu'il n'a pas tort* » (entretien D).

Lors des entretiens, les internes interrogés qualifient la spécialité qu'ils ont choisie par plusieurs adjectifs superlatifs. Ceci montre bien qu'ils sont heureux dans leur métier (codes 15, 22, 176, 219) : « *La médecine générale c'est plus palpitant* » (entretien A) ; « *C'est valorisant. Oui, c'est ça oui* » (entretien D) ; « *j'aide les gens plutôt que de faire quelque chose de purement financier* » (entretien E) ; « *Je pense qu'on ne fait pas de la médecine générale sans avoir un certain humanisme. Donc d'abord, c'est des valeurs morales qui sont présentes* » (entretien H).

III. LES FACTEURS DE SATISFACTION PERSONNELLE.

3.1 Les facteurs de satisfaction liés à la famille.

Ces jeunes Médecins Généralistes souhaitent trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle afin d'avoir du temps à consacrer à leur famille (codes 28, 144, 151) : « *Après, le cadre de vie, ça serait quand même bien d'avoir euh, le plus possible, si ça pouvait être calé sur l'emploi du temps des enfants, ça serait... ben génial quoi. [...] Ben, non pas une vie de famille, pas à 100% quoi mais au moins... [...] Pouvoir être présent à 50/50 avec la maman par exemple quoi. Ça serait bien. Euh... je veux dire, ben des fois, commencer un petit peu plus tard le temps d'emmener les enfants à l'école ou alors...* » (entretien D) ; « *avoir du temps à consacrer à ma famille. Ne pas faire que, parce que j'adore mon boulot mais, j'aime aussi faire autre chose !* » (entretien E) ; « *N'avoir pas des horaires de fou, et puis euh... D'avoir du temps pour ma famille à côté* » (entretien E) ; « *dans un cabinet de groupe, à plusieurs, en travaillant quatre jours par semaine, avec des horaires qui te permettent quand même une à deux fois par semaine d'aller chercher les enfants à l'école, alternativement avec ma femme qui est médecin généraliste* » (entretien H) ; « *Je pense que je serais heureuse comme ça. Si je suis en groupe, si euh euh... [...] Ben avec euh, un équilibre famille et profession quoi* » (entretien B).

Les proches de ces praticiens sont ravis d'avoir un médecin dans leur entourage, car celui-ci pourra les soigner ou leur prodiguer des conseils (codes 47, 48, 194, 210) : « *Je pense que c'est sécurisant. Ils aiment bien, dès qu'ils ont un souci, ils appellent. [...] Parce qu'on peut avoir nos petites entrées auprès des spécialistes ou à l'hôpital aussi* » (entretien E) ; « *Dans l'entourage, je pense que, l'expérience que j'ai c'est que la première chose, enfin vis-à-vis du fait que tu sois médecin, ton statut de toubib, c'est que tu les soignes !* » (entretien F).

Les internes interrogés sont épanoui dans leur métier ainsi que dans leur vie privée. Leur famille le sont aussi (codes 175, 236) : « *Il (son compagnon) me voit heureuse dans ce que je fais, donc ça le rend heureux* » (entretien E) ; « *Que je sois bien dans mon travail et que ma famille soit bien aussi* » (entretien H).

Cette jeune génération est également contente de pouvoir offrir un avenir serein pour leur famille, en particulier en ces temps de crise (code 149) : « *Ils (sa famille) sont aussi rassurés parce que, quand ils voient peut-être un peu les infos, les trucs, ben ils se disent ben... [...] Oui. Ben, il n'a pas de problèmes, ben il va peut-être même trop travailler. Ils vont se faire un peu de souci parce qu'il travaille trop mais au final, il va bosser et puis... [...] Oui et s'il a des enfants, s'il a..., enfin il a de quoi construire sa vie. Il a tous les outils quoi. C'est ça qui plait* » (entretien D).

La fierté que l'entourage a vis-à-vis de leur proche exerçant cette profession est également source de satisfaction (code 116) : « *Après pour les parents, qu'est-ce qui plait ? Euh, ça plait parce que... C'est la fierté quoi ! C'est plus ça oui. Euh... les grands-parents, les parents... [...] Oui, c'est ça oui. C'est vraiment la fierté* » (entretien D).

Le lieu d'installation de ces médecins est en partie conditionnée par l'endroit où exerce le conjoint, en particulier pour ceux n'effectuant pas une profession médicale (code 55) : « *Après moi je suis en couple avec un médecin alors forcément ça, ça... on aura à peu près les mêmes attentes. Mais quelqu'un qui n'est pas avec un médecin, je pense que ce qu'il faut, c'est que l'autre puisse trouver un travail dans le coin* » (entretien A).

Avoir les moyens financiers de pouvoir offrir des cadeaux, des voyages, des sorties... à ses proches est possible en ayant choisi cette spécialité (code 51) : « *Donc forcément, à priori, on va leur offrir peut-être un peu plus de culture, de sorties, de voyages. C'est vrai que pour les enfants... Ils sont quand même contents* » (entretien A).

3.2 Les facteurs de satisfaction personnelle.

3.2.1 Liés à la vie privée.

Les internes interrogés sont également satisfaits de la rémunération qu'ils percevront. Il la juge plus que correcte, leur permettant d'avoir une qualité de vie agréable (codes 38, 46, 49, 50) : « *Il y a un côté euh, un côté financier qui fait que ben voilà, il n'y a pas de souci d'argent, il n'y a pas de craintes pour l'avenir* » (entretien G) ; « *mais les points positifs c'est d'avoir une qualité de vie quand même pas mal. C'est quand même un milieu social un peu aisé* » (entretien A).

Avoir du temps libre pour soi est une des conditions sine qua none permettant d'être épanoui (codes 187, 189, 229) : « *Je pense que si tu, par contre, si tu vas dans un truc où, si tu n'apprécie pas ton environnement, euh je crois que oui, il faut penser aussi à toi quoi, c'est important. C'est ce qu'on disait tout à l'heure, par rapport à la fatigue, le côté pouvoir te reposer machin* » (entretien F) ; « *Exercer quatre jours par semaine, moi je trouve ça très positif dans la mesure où, c'est quelque part une obligation à vivre sa vie en dehors, autre que professionnelle. Dans le sens où on ne peut être un bon professionnel que si on a une vie personnelle, familiale et tout ce qu'on veut qui soit épanoui aussi. On est obligé de faire les deux. Si on est conscient de cette obligation, si on est un bon professionnel d'être d'abord une personne stable, sur le plan psychologique dans la vie* » (entretien H).

Pour ces médecins souhaitant exercer préférentiellement en milieu rural ou semi-rural, il est indispensable qu'ils puissent trouver à proximité de leur lieu de vie et de travail des services publics (écoles, poste...) (code 53) : « *Et puis, avec quand même les,*

toujours parce qu'on risque de ne pas avoir beaucoup de temps, il faut quand même avoir des services pas trop loin, genre la poste... [...] Oui, je pense que c'est quand même un truc qui est important c'est d'avoir des écoles, les bus... Que ce ne soit pas non plus trop isolé » (entretien A) ; « Ben c'est sur, euh après tout ce qui va avec c'est, enfin moi dans ma situation, c'est, ça serait d'avoir une école proche, voilà d'avoir tout ce qui... [...] Pour, pour pouvoir avoir une vie de famille adaptée et ne pas avoir ma fille qui part à l'école déjà en bus à 3 ans ! » (entretien C).

3.2.2 Liés au métier.

Toutes les personnes interrogées sont épanouies, heureuses d'avoir choisi cette spécialité (codes 39, 77, 218) : « *Quand j'allais en stage chez le praticien, j'y allais avec plaisir. Je ne sais pas comment expliquer...* » (entretien B) ; « *je ne ferais pas, je ne verrais pas les gens en dix minutes pour... [...] Pour oui voilà. Je préfère être contente du boulot* » (entretien A).

Ces internes aiment leur métier, ne l'ont pas choisi par défaut ou par dépit : (code 114) : « *Après, il (son mari) sait que moi je suis bien quand je travaille et que je fais ce qui me plait [...]. Après, que je m'installe en libéral, ils (sa famille) sont contents pour moi [...] Ben, parce qu'ils savent que c'est ce que j'aime* » (entretien C) ; « *Et puis, ils (sa famille) sont contents que je fasse quelque chose que j'aime quoi. [...] Oui, de me voir heureuse* » (entretien E).

Pour certains d'entre eux, devenir Médecin de Famille était un rêve, une vocation existant depuis longtemps : (code 72) : « *C'était une évidence ! (le métier de Médecin Généraliste)* » (entretien B).

Exercer cette profession est pour eux source de fierté (code 209).

Ne pas subir son métier est une des conditions indispensables pour être épanoui dans sa vie personnelle et professionnelle (code 211) : « *Finalement, je ne vois pas beaucoup de défauts à ce métier, enfin l'ensemble de, l'ensemble de tout ce qui peut faire le quotidien d'un généraliste, à condition que ce soit des choses qu'il a décidé et non pas subi [...] Mais c'est vrai que, qu'il y a beaucoup de médecin qui tombent un peu dans des situations subies, sur la pression des patients, des médecins qui consultent du coup jusqu'à vingt-deux heures. [...] Alors qu'ils ne l'ont pas choisi, parce qu'ils subissent, parce qu'ils s'estiment à un moment donné indispensables. Et euh, je crois qu'il faut sortir de ce modèle là, où le médecin généraliste... [...] Doit être là vingt-quatre heures sur vingt-quatre* » (entretien G).

Pour certains d'entre eux, le métier de Médecin Généraliste leur a permis de donner un sens à leur vie (code 216) : « *Donner du sens à ma vie* (en exerçant le métier de Médecin Généraliste) » (entretien H).

DISCUSSION

I. DISCUSSION SUR LA METHODE.

1.1 Originalité et forces de l'étude.

Le but de cette étude était d'explorer les facteurs de satisfaction des internes en Médecine Générale. Pour quelles raisons avaient-ils choisi cette voie ? Pourquoi souhaitaient-ils exercer ce métier ? Pour quels motifs désiraient-ils s'installer en libéral dans le futur ? En effet, il existe peu d'enquêtes sur ce sujet, à l'inverse de celle traitant des facteurs d'insatisfaction, des causes du *burnout*.

Ces entretiens semi-directifs ont permis d'en savoir un peu plus sur le ressenti et les envies de ces jeunes généralistes vis-à-vis de leur profession. En effet, mieux connaître les points positifs de ce métier est indispensable pour le valoriser auprès des externes ou des internes hésitant à s'installer en secteur libéral.

1.2 Les limites et biais de l'étude.

1.2.1 Limites et biais liés à la méthode de recueil des données.

➤ Biais de sélection.

Dans cette étude basée sur le principe de la *Grounded Theory*, la représentativité statistique de l'échantillon n'était pas recherchée. L'échantillonnage théorique visait à sélectionner des participants pouvant donner le plus large panel d'expériences possibles.

Il a été ainsi identifié trois biais de sélection dans cette recherche:

- Pour des raisons pratiques, les internes sélectionnés étaient tous affiliés à la Faculté de Médecine de Brest, et résidaient dans le Finistère. Seulement trois d'entre eux avaient effectué leur externat dans une autre ville.
Dans cette région, la qualité de vie est considérée comme agréable. De plus, il s'agit d'un département que l'on peut qualifier de rural. Ces deux facteurs ont pu involontairement impacter les résultats. Il serait donc judicieux que cette même étude soit réalisée dans d'autres régions françaises pour élargir le champ de l'investigation.
- Le chercheur étant lui-même issu de ce CHRU, il connaissait personnellement plusieurs des participants. Il avait pu s'en suivre des répercussions sur les résultats recueillis. Ainsi, ces internes avaient peut-être répondu moins spontanément, souhaitant donner les réponses que le chercheur attendait.

- Il existait également un biais lié au volontariat. En effet, les caractéristiques des internes volontaires, qui s'étaient proposés spontanément pour cette étude, pouvaient être différentes de ceux n'ayant pas souhaité y participer. On peut se demander si les personnes ayant acceptées de participer à cette étude n'étaient pas celles qui étaient les plus épanouies dans leur vie professionnelle. Cette étude appliquée aux internes victimes de burn out apporterait certainement un regard différent et complémentaire.

➤ Biais d'interaction.

L'interviewer et l'interviewé faisaient partis de la même catégorie professionnelle, celle des internes de Médecine Générale. Le premier était plutôt considéré par les participants comme un pair et non comme un chercheur. Les personnes interrogées pouvaient donc rechercher l'assentiment ou l'avis personnel du chercheur. La difficulté pour celui-ci fut donc de ne pas influencer les réponses lors des entretiens. Pour ce faire, il s'était efforcé de poser des questions neutres, de relancer les interviewés par des reformulations ou des encouragements.

➤ Biais liés au chercheur.

Le chercheur était novice en matière de recherche qualitative. Or, concevoir, conduire et interpréter des entretiens semi-directifs nécessite des compétences spécifiques. Le manque d'expérience du chercheur avait pu avoir un impact sur la qualité des entretiens menés, en particulier pour les premiers.

➤ Limites de l'entretien semi-directif.

Les entretiens semi-directifs donnent accès à des informations à un moment donné. Les facteurs de satisfaction recueillis dans cette étude étaient en partie liés aux affects. L'état d'esprit du participant au moment de l'interview avait donc pu influencer ses propos.

De plus, lors de l'analyse, il était apparu qu'il persistait des doutes sur l'interprétation à donner à quelques propos émis par les participants. L'interview étant achevée, il n'avait pas été possible de solliciter des précisions à l'intéressé.

➤ Biais de déperdition d'information.

Lors de deux entretiens (A et B), il y avait eu une pause (pleurs de son bébé pour le premier et appel téléphonique pour le second). Une interruption lors de l'interview était susceptible d'entraîner une perte d'information, le fil de la pensée du participant et du chercheur ayant de ce fait été interrompu.

➤ Saturation rapide.

Nous avons obtenu une saturation des données au niveau du codage axial au bout de quatre interviews seulement. Ceci peut paraître rapide mais quatre entretiens supplémentaires ont permis de confirmer cette saturation. Ceci pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une population homogène. Effectuer cette même recherche chez des internes d'autres régions, en particulier ceux issus de milieu urbain, pourrait apporter des regards différents.

1.2.2 Biais liés à l'analyse des données.

L'analyse des données en recherche qualitative est basée sur une part de subjectivité. En effet, le codage des données à partir des verbatims est interprété par le chercheur en fonction de ses propres représentations. Le codage parallèle en aveugle, réalisé par deux chercheurs, permettait de réduire ce biais. Il aurait été possible de minimiser encore plus ce biais en augmentant le nombre de chercheurs participant au codage.

II. DISCUSSION SUR LES RESULTATS.

Ces témoignages ont permis de mieux appréhender les raisons du choix de la spécialité Médecine Générale lors des ECN, ainsi que leurs attentes pour leur exercice futur. Contrairement aux idées reçues, il ne s'agissait pas pour eux un choix par dépit, faute de « mieux ». Ils exprimaient un réel épanouissement à exercer leur métier. Pour certains, ils ont réalisé leur rêve en étant Médecins Généralistes, pour d'autres, cela leur permettait de donner un sens à leur vie. Ils ne regrettaient pas d'avoir choisi cette voie et en étaient même fiers. Une enquête nationale réalisée par l'ISNAR-IMG [27], souligne que 84% des internes interrogés avaient choisi volontairement la Médecine Générale.

2.1 Les attraits de la Médecine Générale.

- ✓ Une relation privilégiée avec le patient.

En optant pour cette spécialité, ces internes recherchaient une relation forte, privilégiée, complice avec les patients. Ils éprouvaient du plaisir à rencontrer des

personnes venant d'horizons différents mais aussi à les suivre de manière pérenne au cours de leur vie. Connaître le patient ainsi que son entourage, être le Médecin de Famille, pouvoir rentrer dans l'intimité des gens, être leur confident sont des spécificités de la Médecine Générale, qui étaient pour eux source réelle de satisfaction. L'étude réalisée par *focus group* sur la vision qu'ont des internes de Médecine Générale et des jeunes omnipraticiens sur leur spécialité [26] corrobore ceci. Dans cette enquête, la relation privilégiée avec le patient était perçue comme la pierre angulaire du métier et était la source principale de la motivation des jeunes médecins.

L'étude menée par Virginie GRANJA-OGOR sur la vision des étudiants vis-à-vis de la Médecine Générale [55] retrouve que la relation privilégiée avec les patients est le premier critère de choix pour cette spécialité.

- ✓ La variété de l'exercice permet de bannir le mot « routine » du vocabulaire d'un Médecin Généraliste.

La polyvalence de l'exercice était aussi un facteur d'épanouissement. Diversité des pathologies rencontrées, diversité des activités (consultations au cabinet, visites à domicile) d'un Médecin Généraliste dans sa journée sont autant de facteurs les protégeant d'un travail trop routinier. Certains d'entre eux avaient en effet peur de s'ennuyer dans leur métier s'ils optaient pour une autre spécialité. Ne s'occuper que d'un « organe » était inenvisageable pour eux car synonyme de monotonie. D'autres étaient attirés par plusieurs spécialités d'organe et ne pouvaient se résoudre à n'en choisir qu'une. La Médecine Générale leur permettait donc de toutes les pratiquer, voire même de se spécialiser plus spécifiquement dans certaines d'entre elles.

- ✓ Exercer selon les compétences définies par la WONCA [2] : indispensable.

Ces internes trouvaient également leur métier passionnant du fait des caractéristiques inhérentes à cette spécialité.

Etre le médecin de soins primaires, celui qu'on consulte en premier recours présentait un intérêt indéniable.

Produire des soins centrés sur la personne et non pas sur un organe était pour eux primordial. Ainsi, pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité, aussi bien sur le plan physique, psychique que social, était une des motivations leur ayant fait choisir cette profession. Ce résultat va à l'encontre de l'étude de l'URML Rhône-Alpes [51] où 60% des internes se disaient réservés voire très réservés quant à l'implication du Médecin Généraliste dans les prises en charges sociales et médico-sociales.

Un des traits de personnalité des internes auditionnés est qu'ils avaient à cœur d'aider, de conseiller les patients, de leur rendre service, d'être utile pour la société. Ainsi, le côté humaniste de la Médecine Générale avait été pour eux un facteur d'attractivité.

La possibilité d'agir en amont, en effectuant des actes d'éducation et de prévention, était aussi important pour eux que de pratiquer une médecine curative.

Ils étaient également ravis d'avoir l'opportunité de gérer les pathologies aiguës. En effet, ils ne se voyaient pas comme un « prestataire de service », un médecin coordonnant simplement les soins ou renouvelant les ordonnances. La gestion des urgences vraies ou relatives était pour ces jeunes praticiens source de satisfaction car rendant leurs journées plus palpitantes, imprévisibles et en définitive plus dynamiques.

- ✓ La stimulation intellectuelle : un moteur au quotidien.

La stimulation intellectuelle que nécessitait cette spécialité médicale était un facteur d'épanouissement dans leur vie professionnelle. La recherche du « bon diagnostic » était pour eux un challenge qu'ils relevaient avec plaisir et enthousiasme. De plus, apprendre tous les jours, se remettre en question, afin d'améliorer sa pratique ne représentait pas une corvée, bien au contraire.

- ✓ La maîtrise de stage : un facteur d'épanouissement supplémentaire.

Bien qu'étant toujours en formation, certains de ces internes avaient déjà émis le souhait de devenir maître de stage à l'avenir. En effet, ils étaient satisfaits de la relation qu'ils avaient pu avoir avec leurs propres maîtres de stages, qui étaient devenus pour certains des mentors. Ainsi, avoir la possibilité à leur tour de transmettre leur savoir aux générations futures les réjouissait d'avance. De plus, cela permettait d'approfondir leurs connaissances, en bénéficiant du savoir des étudiants en Médecine, et de remettre en question leur pratique quotidienne. Ce constat corrobore les chiffres fournis par l'étude de l'ISNAR-IMG [27] qui mentionne que 71% des répondants désiraient devenir maître de stage. Dans la thèse de Florence BOVAY [52] ainsi que dans celle effectuée par Sylviane L'ECHELARD [53] sur des Médecins Généralistes installés, ceux qui portaient la casquette de Maître de Stage prenaient un plaisir immense à exercer cette activité complémentaire. Dans l'étude réalisée par Gilles DECHAZAL [54] à propos des Médecins Généralistes ayant dévissé leur plaque de façon anticipée, aucun des participants n'avaient exercé cette activité lors de leur travail en libéral. Peut-être que s'ils avaient été Maître de Stage, ils n'auraient pas quitté la Médecine libérale ? Mais, ceci n'est pas entièrement vrai car certains tuteurs quittent la profession tout de même.

- ✓ La liberté de l'exercice libéral.

Une autre cause du choix de cette spécialité était la possibilité d'exercer en qualité de praticien libéral. La balance avantages/ inconvénients penchait, pour eux, pour l'exercice libéral. En effet, ces internes étaient insatisfaits du mode de fonctionnement de l'hôpital, dont ils avaient pu appréhender les contraintes lors de leurs stages (tarification à l'activité, nécessité de subir les contraintes de la hiérarchie...). L'exercice libéral devenait alors synonyme de liberté (liberté des prises en charges, liberté d'adapter son activité médicale à ses goûts, liberté de choisir avec qui on souhaite travailler, liberté

d'organiser son emploi du temps comme bon leur semble, être son propre patron...), élément qui leur semblait fondamental pour s'épanouir dans leur profession. Toutefois, certains des interviewés envisageaient éventuellement une mixité de leur activité (libérale et salariée), afin de varier leur exercice.

- ✓ La reconnaissance sociale.

La recherche d'un statut social important ou d'une reconnaissance de la part des patients et de la société, bien qu'appréciés et flatteurs, ne semblaient pas le moteur essentiel du choix de cette spécialité lors des ECN.

2.2 L'organisation et la façon d'exercer.

Ces internes souhaitaient tous s'installer en libéral à plus ou moins long terme. Malgré le fait qu'ils étaient toujours étudiants, ils avaient déjà des idées bien précises sur ce que représentait à leurs yeux l'installation « réussie ». En effet, les conditions de travail auxquelles ils aspiraient différaient des générations de Médecins Généralistes précédentes.

- ✓ Les remplacements : pour faire « ses armes ».

En effet, si au sortir de leur internat, ils envisageaient tout d'abord d'effectuer des remplacements, ceci ne remettait pas en cause une installation ultérieure. En effet, le remplacement était pour eux une période de transition leur permettant de se perfectionner dans leur pratique mais aussi, de mûrir un projet d'installation. Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG [27], 55% des internes voulaient effectuer des remplacements à la fin de leur cursus.

- ✓ L'installation en groupe : une condition sine qua none, en particulier pour maîtriser son temps de travail.

Lorsqu'ils évoquaient les critères nécessaires à une installation réussie, tous désiraient exercer en groupe, soit dans un cabinet monodisciplinaire, soit dans une maison de santé pluridisciplinaire. Dans l'enquête de Baude, Flacher, Bosson et Marchand [29] sur les désirs et attentes des internes de TCEM, les résultats abondent également dans ce sens. Ainsi, seuls 4,6% des répondants souhaitaient travailler seuls.

Selon les participants à cette étude, l'exercice à plusieurs leur permettait de rompre l'isolement auquel sont confrontés les Médecins Généralistes. Ce regroupement offrait la possibilité de mutualiser les points de vue, les expériences pour les cas difficiles voire particulièrement rares.

Par ailleurs, exercer à plusieurs assurait une organisation du temps de travail plus sereine. Ainsi, il était possible de prendre un jour de repos en semaine, tout en sachant que la permanence des soins pour ses patients serait assurée par un confrère.

Cette nouvelle génération de praticiens, aussi bien les hommes que les femmes, ne désiraient pas travailler à temps plein. Elle voulait s'octroyer un jour de repos en semaine minimum, afin de garder du temps pour leur vie privée. L'image du Médecin de Famille disponible 24 heures sur 24, travaillant très tard le soir, corvéable à merci... n'était plus plébiscitée par ces internes. Ils n'envisageaient pas d'être épanouis, de rester Médecin Généraliste libéral si leur profession devenait un sacerdoce. Ceci se retrouve dans l'enquête de l'ISNAR-IMG [27], où les internes ayant répondu au questionnaire souhaitaient travailler en moyenne 9,24 heures par jour (minimum 5 heures à maximum 15 heures par jour). Ils étaient prêts à exercer leur profession quatre jours et demi par semaine.

La parentalité a d'ailleurs un impact majeur sur la quantité du temps de travail. Ainsi, dans l'étude quantitative de l'URML Rhône-Alpes auprès d'internes de Médecine Générale [51], lorsque les internes étaient placés en situation des parents, ils envisageaient de diminuer leur nombre d'heures travaillées par semaine. 52.5% d'entre eux (67.7% pour les femmes et 27.2% pour les hommes) souhaitaient dans ce cas exercer à temps partiel (contre 11.6% tous sexes confondus s'ils n'ont pas d'enfants).

Le travail en groupe permettait d'améliorer notablement les conditions de travail car offrant la possibilité d'avoir une secrétaire, un matériel informatique adapté. En effet, tout ceci n'était possible qu'en partageant les frais de fonctionnement du cabinet.

Un des facteurs indispensables à une installation réussie réside dans la possibilité du choix des confrères exerçant dans le groupe. Ainsi, une bonne entente entre les différents praticiens était primordiale pour une pratique sereine de son activité professionnelle au quotidien.

- ✓ Le travail en réseau indispensable pour rompre son isolement et ses incertitudes.

Ces jeunes praticiens trouvaient indispensable de travailler avec les autres spécialistes, les autres professionnels de santé. Connaître les personnes faisant parti de son réseau de confrères était appréciable. Cela permettait de demander des conseils, en particulier lors des situations d'incertitude comme il en existe beaucoup en Médecine Générale.

- ✓ La liberté d'installation : un droit à ne pas abolir.

La liberté d'installation était une notion qu'il ne fallait pas remettre en cause. Après plusieurs années d'études, ils estimaient avoir le légitime droit de s'installer où ils le désiraient. Ces jeunes médecins souhaitaient s'installer dans un lieu qui leur corresponde, où ils se sentent bien. Conjugué cadre de travail et cadre de vie agréable était pour eux indispensable pour être épanoui dans leur vie professionnelle et privée.

L'enquête effectuée par l'URML Rhône-Alpes [51] va dans ce sens. Ainsi, 72.6% des répondants jugeaient contestable voire inacceptable des mesures coercitives en ce qui concerne l'installation des Médecins Généralistes.

- ✓ L'installation n'est pas forcément pérenne.

L'installation n'était pas décrite comme nécessairement définitive. Ainsi, un changement de carrière au cours de sa vie pouvait s'envisager en fonction des envies et des opportunités.

- ✓ Une génération souhaitant développer sa profession.

Ces internes avaient à cœur de développer leur métier. Il ne s'agit pas, contrairement à ce que certains peuvent penser, d'une génération se complaisant dans l'immobilisme. En effet, ils envisageaient de s'engager dans divers projets concernant leur futur exercice : développer des soirées de prévention pour les patients, assurer le rôle de maître de stage, faire de la recherche en Médecine Générale...

- ✓ La permanence des soins : un devoir, sous certaines conditions.

En ce qui concerne la permanence des soins, ils étaient d'accord d'y participer, sous réserve d'une participation raisonnable. Pour eux, cette participation, inhérente à l'exercice de la profession, constituait un devoir envers la population afin d'assurer un accès aux soins en dehors des heures ouvrables. Cela se retrouve dans l'enquête de l'ISNAR-IMG [27], où 80% des internes estimaient que cela faisait parti du métier de Médecin Généraliste. De plus, cela leur permettait de poursuivre leur formation et de garder un contact avec la Médecine d'Urgence.

2.3 L'importance d'une vie privée épanouie.

Ces internes avaient tous exprimés le souhait de concilier vie professionnelle et privée. Ainsi, pour être épanoui, ils avaient conscience de la nécessité de se ménager du temps pour soi, pour ses loisirs. Leur travail, bien que passionnant pour eux, ne devait pas être leur seul centre d'intérêt, pour être heureux. D'ailleurs, dans l'enquête BVA [31] sur les attentes, projets et motivations des jeunes médecins et étudiants, pour 81% des répondants, le critère principal pour leur installation était la possibilité d'avoir une vie privée, pour soi-même et sa famille, épanouie.

Il était également primordial, pour les deux sexes, d'être présent pour leur famille, de pouvoir passer du temps avec eux, de s'occuper de leurs enfants. C'est pour cela qu'ils ne

souhaitaient pas exercer tous les jours de la semaine, ni avoir des horaires à rallonge. Ils ne désiraient pas que leur famille subisse les inconvénients de leur profession.

Ceci va dans le sens de l'enquête effectuée par l'URML Rhône-Alpes [51], où 78% des internes interrogés privilégieraient leur vie privée et ou familiale s'ils avaient un choix à faire.

2.4 Un avenir serein.

En ces temps de crise économique et d'incertitude pour le futur, ces internes étaient sereins, optimistes pour leur avenir. Ils trouveraient du travail dès la fin de leurs études et ne craigneraient pas le chômage. Leur famille ne serait pas dans le besoin, ce qui était source de satisfaction pour eux.

De plus, la rémunération à laquelle ils pouvaient prétendre était jugée satisfaisante, contrairement aux idées reçues des externes. Ce salaire leur assurait ainsi un niveau de vie confortable.

Dans cette enquête, les internes interrogés n'avaient pas fait allusion au fait qu'ils désiraient un mode de rémunération différent de celui existant à l'heure actuelle, c'est-à-dire la tarification à l'acte. A l'inverse, dans l'étude de l'ISNAR-IMG [27], il est intéressant de noter qu'une diversification de la rémunération était souhaitée par une majorité des répondants (78% d'entre eux voulaient sortir du paiement à l'acte exclusif).

III. PERSPECTIVES D'APPROFONDISSEMENT.

Cette étude qualitative avait pour but de nous faire connaître les facteurs de satisfaction des internes de Médecine Générale, dans leur vie professionnelle et privée.

Recueillir le témoignage d'internes affiliés à d'autres facultés de Médecine de France pourrait enrichir les données que nous avons collectées.

Par la suite, il semble nécessaire d'effectuer une recherche quantitative sur le sujet afin de généraliser les résultats.

Valoriser la Médecine de Famille auprès des étudiants en Médecine afin de leur donner envie de s'installer est le but ultime de ce travail. Pour ce faire, à partir de cette étude ainsi que des autres thèses effectuées ou en cours sur le sujet à Brest [52] [53] [54]

[55], un modèle positif de la Médecine Générale sera développé. Celui-ci permettra d'aider les gouvernements, ainsi que les autorités de santé, à développer des politiques favorisant l'installation et le maintien des omnipraticiens. Il en est de même pour les autres travaux effectués dans les pays faisant parti de ce programme lancé par l'EGPRN.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'approfondir les connaissances en matière de satisfaction des internes en Médecine Générale. Des facteurs professionnels et personnels, favorisant l'épanouissement des Médecins Généralistes, ont ainsi été mis en évidence

Ainsi, exercer leur profession selon les compétences définies par la WONCA [2] est pour eux source de plaisir. Il semble donc primordial de guider la formation des internes en Médecine Générale à partir de ces compétences.

La Médecine de Famille bénéficie d'autres atouts majeurs qui rendent cette profession intéressante et épanouissante. Avoir une relation de complicité avec le patient, pratiquer un métier où la diversité est quotidienne, être stimulé intellectuellement dans son exercice professionnel sont autant de facteurs de satisfaction au travail pour ces praticiens.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser étant donné l'attractivité du salariat pour les jeunes diplômés, l'activité libérale n'est pas pour eux une contrainte. Au contraire, ce mode d'exercice est synonyme de liberté : liberté des prises en charge médicales, liberté d'organiser son emploi du temps à sa convenance, liberté de choisir ses confrères, l'absence de hiérarchie. Cette quête de liberté a un rôle indéniable dans le choix de la spécialité Médecine Générale lors des ECN.

Il ressort également de cette enquête que cette jeune génération ne souhaite pas exercer dans les mêmes conditions que leurs aînés. Le travail solitaire n'est pas plébiscité. Ainsi, exercer dans un cabinet de groupe mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire est une condition sine qua non à l'installation. Plusieurs avantages sont attribués à ce mode d'exercice : convivialité avec les confrères, possibilité d'avoir des avis complémentaires en particuliers dans les situations d'incertitude, répartition des frais de fonctionnement autorisant des conditions de travail plus agréables, possibilité de prendre des jours de repos en semaine tout en assurant une continuité des soins pour les patients.

Bien qu'étant toujours des étudiants, ces internes se projettent déjà en tant que maître de stage dans le futur. La relation qu'ils ont pu avoir avec leurs propres maîtres de stage y est probablement pour quelque chose. Transmettre leur savoir aux générations suivantes, mais également apprendre en retour sont autant de raisons rendant cette activité complémentaire attractive.

Il est également apparu dans cette étude que ces jeunes médecins ont pris conscience de la nécessité d'avoir une vie personnelle épanouie pour être heureux également dans sa vie professionnelle. Les hommes, autant que les femmes, souhaitent avoir du temps libre pour eux et pour leur famille.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978, « *Les soins de santé primaires* ».
- [2]. WONCA Europe, 2002, « *La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille* ».
- [3]. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 14 juin 2011, « *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011* ».
- [4]. DREES, février 2009, « *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* ».
- [5]. DREES, SICART Daniel, mai 2011, « *Les médecins au 1^{er} janvier 2011* ».
- [6]. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr. KAHN-BENSAUDE Irène, décembre 2005, « *La féminisation : une chance à saisir* ».
- [7]. La Revue française des affaires sociales, n°1, 2005, LAPEYRE Nathalie et LE FEUVRE Nicky, « *Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé* ».
- [8]. La Médecine Moderne, Dr Ch. FIESSINGER, 7 février 1900, « *L'inaptitude médicale des femmes* ».
- [9]. INSEE, Données sociales : La société Française, édition 2006, BILLAUT Anne, BREUIL-GENIER Pascale, COLLET Marc, SICART Daniel, « *Les évolutions démographiques des professions de santé* ».
- [10]. Colloque international organisé par le CLERSE, Travail - Emploi – Formation Quelle égalité entre les hommes et les femmes ?, 23-24 novembre 2006, Lille, DIVAY Sophie, « *Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-e-s et des jeunes généralistes* ».
- [11]. ONPDS, rapport 2006-2007, tome 1, « *La Médecine Générale* ».
- [12]. ONPDS, rapport 2010-2011, tome 1, « *Les internes en Médecine : Effectifs et répartition 2010-2014* ».
- [13]. DREES, FAUVET Laurent, juin 2011, « *Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010* ».
- [14]. Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2006, Étude n°38-2 « *Démographie médicale. Les spécialités en crise* ».
- [15]. Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc, Société française de documentation et de recherche en médecine générale, Médecine, mai 2006, « *Médecine générale en crise : faits et questions* ».

- [16]. Conseil National de l'Ordre des Médecins, 23/11/2010, « *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2010* ».
- [17]. GAIDIOZ Camille et RUHLMANN Stéphane, Thèse de Médecine, UFR de Médecine Lyon-R.T.H Laënnec, 2008, « *Pourquoi la spécialité Médecine Générale est-elle mal classée aux choix des Epreuves Classantes Nationales, Etude des représentations des étudiants lyonnais du PCEM 1 au DCEM 4* ».
- [18]. DREES, HARDY-DUBERNET Anne-Chantal et FAURE Yann, décembre 2006, « *Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005* ».
- [19]. LAMORT-BOUCHÉ Marion, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine Lyon Est, 2010, « *Critères et déterminants du choix de spécialité en Médecine : Place de la Médecine Générale. Etude qualitative des représentations des étudiants de DCEM 4 de Lyon Est en 2009-2010* ».
- [20]. NAVARRO Lisa, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, 2007, « *Les raisons du choix de l'orientation de 15 étudiants lyonnais lors des ECN de 2006 : étude analytique* ».
- [21]. BOUTILLIER Bertrand, Thèse de Médecine, Université de Picardie-Faculté de Médecine, 2004, « *Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale* ».
- [22]. Arrêté du 12 juillet 2010 fixant le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire au titre de l'année universitaire 2010-2011, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et Ministère de la santé et des sports, paru au Journal Officiel n°165 le 20/07/2010.
- [23]. Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et Ministère de la santé et des sports, paru au Journal Officiel n°165 le 20/07/2010.
- [24]. Loi n°2009-879 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, paru au Journal Officiel le 22/07/2009.
- [25]. BRAUN NEVES Coralie, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine René Descartes Paris V, octobre 2005, « *Etre ou ne pas être Médecin Généraliste. Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes* ».
- [26]. DORY Valérie, POUCHAIN Denis, BEAULIEU Mair-Dominique, PESTIAUX Dominique, GAY Bernard, ROCHER Guy, BOUCHER Laurier, Revue Exercer n°85, 2009, « *La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes* ».

[27]. ISNAR-IMG (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale), « *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Enquête réalisée du 2 juillet 2010 – 1er janvier 2011, résultats partiels* ».

[28]. PITOL BELIN Suzanne, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Grenoble, 2010, « *Raisons du choix de spécialité et de localisation des internes de Médecine Générale dans trois Facultés Françaises* ».

[29]. BAUDE Nicolas, FLACHER Alexandre, BOSSON Jean-Luc, MARCHAND Olivier, article du 12/10/2007, « *Désirs et attentes des internes de troisième cycle de Médecine Générale* ».

[30]. SZWARC Grégory, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Caen, 2007, « *Les nouvelles générations de Médecins Généralistes : profils et perspectives. De l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants* ».

[31]. Enquête BVA, à la demande du Conseil National de l'Ordre des Médecins, mars 2007, « *Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel* ».

[32]. FRANCES Robert, édition Mardaga, 1995, « *Motivation et efficience au travail* ».

[33]. FRANCES Robert, Le psychologue, 1981, « *La satisfaction dans le travail et l'emploi* ».

[34]. ROUSSEL Patrice, Editions EMS, collection Références, Paris, 2001, « *La motivation au travail - concept et théories* ».

[35]. DENJEAN Michel, CEDIP (Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques), décembre 2006, « *La motivation* ».

[36]. LAROUCHE Viateur, LEVESQUE André et DELORME François, Relations industrielles / Industrial Relations, volume 28, n° 1, 1973, p. 76-109, « *Satisfaction au travail : problèmes associés à la mesure* ».

Consulté à partir du site érudit.org <http://id.erudit.org/iderudit/028367ar>.

[37]. LAROUCHE Viateur, Relations industrielles, volume 30, n°3, pages 343 à 373, 1975, « *Inventaire Satisfaction au Travail : validation* ».

[38]. CASTEL Davy, DURAND-DELVIGNE Annick, LEMOINE Claude, Revue de Psychologie du Travail et des Organisations, volume 17, n°1, « *Équivalence échelle composite – échelle globale dans la mesure de la satisfaction au travail* »

[39]. DESRUMAUX Pascale, VONTHRON Anne-Marie, POHL Sabine, édition l'Hamarttan, décembre 2011, « *Qualité de vie, risques et santé au travail* ».

- [40]. AUBIN-AUGER Isabelle, MERCIER Alain, BAUMANN Laurence, LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie, IMBERT Patrick, LETRILLIART Laurence et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone (GROUM-F), Revue Exercer, n°84, 2008, « *Introduction à la recherche qualitative* ».
- [41]. HUDELSON Patricia, Revue médicale suisse, n°503, septembre 2004, « *La recherche qualitative en médecine de premier recours* ».
- [42]. MOREAU Alain, DEDIANNE Marie-Cécile, LETRILLIART Laurent, LE GOAZIOU Marie-France, LABARERE José et TERRA Jean-Louis, La revue du praticien-Médecine Générale, tome 18, n°645, 15 mars 2004, « *S'approprier la méthode du focus groupe* ».
- [43]. PAILLE Pierre, Cahiers de recherche sociologique, n° 23, p. 147-181, 1994, « *L'analyse par théorisation ancrée* ».
- [44]. GUILLEMETTE François, Revue Recherches qualitatives volume 26 (1), pages 32 à 50, 2006, « *L'approche de la Grounded Theory; pour innover?* ».
- [45]. BANDEIRA-DE-MELLO R et GARREAU L, Disponible sur internet: http://basepub.dauphine.fr/xmlui/bitstream/handle/123456789/4798/plugin-download_garreau_aims.pdf?sequence=2, « *La théorie enracinée en pratique : vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée ?* ».
- [46]. POPE C, ZIEBLAND S, MAYS N, BMJ 2000; 320: 114-116, « *Qualitative research in health care: Analysing qualitative data* ».
- [47]. BRITTEN Nicky, BMJ 1995; 311: 251-3, « *Qualitative interviews in medical research* ».
- [48]. POPE C, MAYS N, BMJ 1995; 311: 109-12, « *Rigour and qualitative research* ».
- [49]. HENNEBO Nicolas, www.theorisationancree.fr, 2009, « *Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine* ».
- [50]. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, parue au Journal Officiel n° 190 du 17 août 2004 page 14598.
- [51]. URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Rhône-Alpes, février 2005, « *Etude des mutations de la Médecine Générale, Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes* ».
- [52]. BOVAY Florence, thèse de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Brest, 2011, « *Satisfaction chez les Médecins Généralistes installés : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés* ».
- [53]. L'ECHELARD Sylviane, thèse de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Brest, 2011, « *Satisfaction chez les médecins Généralistes installés : enquête qualitative par focus group* ».

[54]. DECHAZAL Gilles, thèse de médecine Générale, Faculté de Médecine de Brest, 2012, « *Satisfaction chez les Médecins Généralistes ayant quitté de façon anticipée leur activité libérale : enquête qualitative par entretiens semi- dirigés* ».

[55]. GRANJA-OGOR Virginie, thèse de Médecine Générale, faculté de Médecine de Brest, 2012, « *Quelle vision positive ont les étudiants en second cycle d'études médicales sur la médecine générale ?* ».

ANNEXES



Annexe 1.

DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Jean Yves LE RESTE

Professeur Associé,

Directeur du département

Bernard LE FLOCH

Maître de Conférences Associé,

Coordonnateur local du DES

Responsable du second cycle

Pierre BARRAINE

Maître de Conférences Associé

Patrice NABBE

Maître de Conférences Associé

Benoît CHIRON

Chef de Clinique Universitaire

Marie BARAIS

Chef de Clinique Universitaire

Sébastien CADIER

Chargé de missions (statistique)

Jean Jérôme LE COQ

Chargé de missions (tutorat)

Muriel AUGUSTIN-ABIVEN

Chargé de missions (formation des
formateurs)

CHARGÉ D'ENSEIGNEMENT

Jean-François AUFFRET

Patrick BALOUET

Jacques BILLANT

Sylvie COQUIL

Philippe JEFFREDO

Anne-Marie LE BERRE

Christine VANNIER-DUBOIS

Jeanlin VIALA

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

BREST LE 17 DECEMBRE 2010.

En partenariat avec le DUMG de Brest, je réalise une thèse qualitative sur le vécu des futurs généralistes quant à leur métier.

La méthode utilisée pour la réalisation de cette thèse est celle des focus group.

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Chaque focus group est composé de 6 à 10 participants et dure environ 1h-1h30. La discussion est lancée à partir de quelques questions ouvertes que je vous soumettrai.

Je cherche donc des internes de médecine générale, ayant effectué leur stage chez le praticien (ou en cours de réalisation) voire leur SASPAS, et qui souhaitent dans le futur faire de la médecine générale. Je ferais des focus group sur Quimper et Brest.

Je vous remercie de m'aider à mener à bien ma thèse...

Si vous souhaitez des informations complémentaires ou si vous voulez vous inscrire pour un des focus group (les dates et le lieu seront fixés en fonction des disponibilités de chacun) merci de me contacter :

Soit par mail : monfort.anaelle@neuf.fr.

Soit sur mon portable : 06 00 00 00 00.

Merci beaucoup,

Anaëlle Monfort.



Annexe 2.

DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Jean Yves LE RESTE

Professeur Associé,

Directeur du département

Bernard LE FLOCH

Maître de Conférences Associé,

Coordonnateur local du DES

Responsable du second cycle

Pierre BARRAINE

Maître de Conférences Associé

Patrice NABBE

Maître de Conférences Associé

Benoît CHIRON

Chef de Clinique Universitaire

Marie BARAIS

Chef de Clinique Universitaire

Sébastien CADIER

Chargé de missions (statistique)

Jean Jérôme LE COQ

Chargé de missions (tutorat)

Muriel AUGUSTIN-ABIVEN

Chargé de missions (formation des formateurs)

CHARGÉ D'ENSEIGNEMENT

Jean-François AUFFRET

Patrick BALOUET

Jacques BILLANT

Sylvie COQUIL

Philippe JEFFREDO

Anne-Marie LE BERRE

Christine VANNIER-DUBOIS

Jeanlin VIALA

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3
Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

BREST LE 5 FEVRIER 2011.

Je me permets de vous redemander votre aide afin de mener à bien ma thèse.

En effet, pour le moment, je n'ai pas assez de volontaires afin d'effectuer des focus group, dans le cadre de ma thèse, sur le vécu des futurs généralistes quant à leur métier.

Le focus group est une technique d'entretien de groupe, qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Chaque focus group est composé de 6 à 10 participants et dure environ 1h-1h30. La discussion est lancée à partir de quelques questions ouvertes que je vous soumettrais.

Je cherche donc des internes de médecine générale, ayant effectué leur stage chez le praticien (ou en cours de réalisation) voire leur SASPAS, et qui souhaitent dans le futur faire de la médecine générale. Je ferais des focus group sur Quimper et Brest.

Le premier se tiendra le 24 février après le séminaire sur la contraception, à la faculté.

Si vous souhaitez des informations complémentaires ou si vous voulez vous inscrire pour un des focus group (les dates ultérieures et le lieu seront fixés en fonction des disponibilités de chacun) merci de me contacter :

Soit par mail : monfort.anaelle@neuf.fr

Soit sur mon portable : 06 00 00 00 00.

Merci beaucoup,

Anaëlle Monfort.

Annexe 3 : Guide d'entretien.

Pour commencer, merci d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je réalise une thèse qualitative sur les soins primaires. Cette thèse entre dans le cadre d'un projet européen appelé WomanPower, visant à promouvoir la médecine générale. Moi je m'intéresse plus particulièrement aux internes se destinant à la pratique de la médecine générale.

Donc nous sommes réunis pour discuter des côtés positifs de ce métier, sur ce qui t'a motivé à choisir cette spécialité.

Le but de cet entretien est que tu me donnes ton point de vue à partir des 6 questions ouvertes que je vais te poser.

Cet entretien sera enregistré, avec ton accord. Les données recueillies seront ensuite anonymisées.

Nous allons débiter avec la 1ère question.

1/ Durant ton stage chez le praticien ou lors de ton SASPAS, tu as probablement vécu des expériences plaisantes, rigolotes. Pourrais-tu m'en raconter une ?

2/ Qu'est ce qui va te faire plaisir dans ta future vie de médecin généraliste ? Qu'est ce qui peut te rendre heureux/heureuse d'aller travailler chaque matin ?

↳ relation/suivi

↳ autonomie/liberté

↳ diversité pathologies/patients/pratique

↳ stimulation intellectuelle

3/ Qu'est ce qui est pour toi la formule magique de l'installation réussie ?

4/ Qu'est ce qui pourrait plaire aux proches d'un médecin généraliste ?

5/ Quel environnement, quel cadre de vie pourrait rendre un médecin généraliste heureux ?

Tu as évoqué beaucoup de raisons rendant le métier de médecin généraliste plaisant.

6/ Il y a-t-il des choses que tu n'as pas évoquées et qui pourraient te rendre heureux ?

Annexe 4 : Formulaire de consentement.



DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

22, avenue Camille Desmoulins CS 93837 – 29238 – Brest CEDEX 3

Tél : 02 98 01 65 52 – fax : 02 98 01 64 74

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale – 22 avenue Camille Desmoulins - 29238 Brest Cedex 3

De :

Dr :

Adresse :

Mlle MONFORT Anaëlle

Adresse :

Université de rattachement : Brest

m'a proposé de participer à une étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude, et je suis conscient(e) que ma participation est entièrement volontaire et que cette étude n'engendrera aucun surcoût à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de la recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe du médecin investigateur, mandatées par le promoteur.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi Informatique et liberté. J'ai été informé de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Fait en deux exemplaires originaux

à, le

Nom, prénom de l'investigateur :

Nom, prénom de l'investigateur :

MONFORT Anaëlle

Signature :

Signature

Annexe 5 : Codage ouvert.

	CODES	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Etre dans l'intimité des gens.	L.31/32						L.37/38	L.47
2	Variété des pathologies.	L.51, L.64, L.67, L.70, L.88, L.106	L.44/45, L.71, L.84, L.85	L.49, L.65, L.68, L.276		L.51, L.61	L.260	L.47, L.48, L.52, L.96, L.111/112, L.114, L.221	L.44
3	Patientèle hétérogène.	L.51/52	L.44	L.86, L.150/151	L.87, L.89, L.173, L.223	L.52, L.217	L.196	L.370	L.44
4	Motifs de consultations/journées imprévisibles.	L.52/53, L.56, L.64/65, L.78	L.45/46	L.50, L.51				L.49, L.52	
5	Multitude de paramètres à gérer.	L.55, L.57/58							
6	Recherche de diagnostics.	L.58		L.182/184, L.188	L.105/106	L.45/46			
7	Prise en charge des urgences.	L.60					L.459/460, L.462	L.225, L.235	
8	Rencontrer de nouvelles personnes/ des gens.	L.61/62	L.272		L.44/45		L.109		L.43/44
9	Absence de routine.	L.62, L.85, L.453			L.159, L.162, L.230			L.52, L.283	L.223
10	Possibilité de prendre du temps pour certaines consultations	L.65/66				L.119/120, L.122/123			
11	Possibilité de faire des visites à domicile.	L.66							
12	Possibilité de faire des actes techniques.	L.67	L.53, L.55	L.202, L.204, L.207, L.208		L.64, L.67	L.225/226	L.223	
13	Possibilité de faire de la gynécologie.	L.69		L.87		L.64			
14	Possibilité de faire de la psychiatrie.	L.70					L.198	L.125	
15	Métier palpitant.	L.74							
16	Suivi des patients au long cours.	L.81/82, L.91/92	L.56, L.60	L.70, L.71/72		L.52	L.119	L.36, L.37, L.93, L.101/102, L.370	L.50, L.144
17	Gestion de pathologies aiguës.	L.84							
18	Etre le médecin de famille.	L.84/85		L.79		L.52	L.120		
19	Relation médecin/patient.	L.87		L.146/147			L.119, L.141, L.155, L.185, L.305		L.56, L.144
20	Rôle important dans la vie des gens.	L.88, L.91, L.447							
21	Reconnaissance des patients.	L.91, L.444			L.214/215, L.223				
22	Métier valorisant.	L.94			L.207				
23	Relation de confiance avec les patients.	L.96		L.155					L.51/52, L.144
24	Aider les gens.	L.97		L.147, L.152	L.93/94	L.34, L.159, L.162, L.168, L.241, L.247			L.34, L.41, L.58

25	Prévention.	L.100, L.398			L.176				L.50, L.144
26	Etre content de voir ses patients.	L.112/113							
27	Répondre à la demande de soin de la société.	L.127							
28	Equilibre entre vie professionnelle et privée.	L.132, L.147, L.369	L.144, L.182/183, L.228						L.161
29	Avoir un cabinet de groupe avec des médecins de sexe et de générations différentes.	L.138		L.346/347					
30	Travail en groupe pour se répartir les urgences.	L.152, L.377							
31	Travail en groupe pour se répartir les consultations.	L.153/154, L.159,			L.263, L.611/612				
32	Possibilité de travailler en milieu semi-rural/rural.	L.161	L.148		L.308, L.556/557	L.176		L.219	L.200, L.203, L.285
33	Médecins spécialistes et paramédicaux à proximité.	L.165, L.167/168	L.138/139, L.141	L.512, L.515	L.657	L.180/181	L.447, L.454, L.493		
34	Hôpital à proximité.	L.178		L.522/525, L.527	L.342	L.216			
35	Travail en réseau.	L.184			L.356/357, L.362/363		L.266/267		
36	Formation médicale.	L.191							
37	Organisation du travail identique chez les différents médecins du groupe.	L.206/208, L.280							
38	Rémunération confortable.	L.220/221	L.210, L.220		L.227, L.514, L.518, L.521	L.100, L.292		L.314/315, L.330, L.332	L.249/ 250
39	Etre content du travail effectué.	L.232							
40	Secrétaire sur place pour la gestion des dossiers.	L.241/242		L.383	L.260	L.145/146, L.176/180			
41	Avoir une secrétaire pour répondre au téléphone.	L.251/252	L.197	L.383	L.260	L.145/146, L.176/180			
42	Informatique en réseau dans le cabinet.	L.263							
43	Avoir une salle pour les urgences.	L.265							
44	Avoir du matériel/ des locaux adaptés.	L.269/270	L.154	L.386, L.388	L.249, L.298				
45	Bonne entente avec ses confrères.	L.279			L.633, L.635	L.198, L.285/286		L.213/214	
46	Cadre de vie agréable.	L.285, L.332/333		L.475		L.175, L.285			
47	Faire des ordonnances aux proches.	L.285							
48	Pouvoir répondre aux questions médicales des proches.	L.286				L.226/227, L.229/230	L.413, L.429/430		
49	Qualité de vie agréable.	L.293/294							L.247, L.261
50	Milieu social favorisé.	L.294			L.484/486				
51	Possibilité d'offrir des voyages, des sorties aux proches.	L.295							
52	Socialisation rapide des enfants.	L.297							

53	Avoir des infrastructures scolaires, sportives, culturelles, des services publiques à proximité.	L.319/320, L.338, L.340/341, L.351, L.365		L.499				L.340/341, L.344/345	L.204, L.290
54	Possibilité de s'investir ou non dans la communauté.	L.330/332		L.354/355, L.362, L.359	L.458, L.622	L.291		L.338/340	
55	Avoir un travail pour le conjoint dans la région.	L.347							
56	Possibilité d'être maitre de stage pour promouvoir la médecine générale.	L.387							
57	Possibilité d'être maitre de stage pour le côté relationnel.	L.390							
58	Possibilité d'être maitre de stage pour transmettre notre savoir.	L.391						L.251/252, L.254	
59	Possibilité d'éduquer les patients à travers des petites conférences.	L.396, L.398, L.399							
60	Autres modes d'exercice possibles, activité mixte (vacations, planning familial, maison de retraite)	L.413/414, L.422					L.136, L.143/147, L.508/509	L.65/66, L.68, L.295, L.297	
61	Possibilité de changer de mode d'exercice au fil de sa carrière.	L.415		L.290		L.80		L.133	L.311/312, L.315/317, L.323
62	Possibilité de faire de l'acupuncture.	L.420							
63	Métier à développer/ en plein essor.	L.427/428						L.402	
64	Réflexion sur la prise en charge des patients.	L.430							
65	Apprentissage permanent.	L.431, L.440	L.124, L.125, L.158, L.260					L.280	L.59/61, L.333
66	Amélioration de sa pratique tout au long de sa carrière.	L.433, L.435							
67	Contact humain.		L.40		L.55, L.65/66, L.68, L.223	L.31			L.43, L.47, L.364
68	Soigner.		L.40			L.34		L.93	
69	Prendre soin des gens.		L.40, L.267						
70	Répondre à la demande des patients.		L.41/42, L.267/268		L.98/99				
71	Prise en charge globale du patient.		L.54, L.74				L.218/219	L.103/105	
72	Réaliser son rêve.		L.73/74, L.76, L.83, L.279, L.281						
73	Liberté de choisir avec qui on travaille.		L.93/95						
74	Ne pas travailler à l'hôpital.		L.95/96						
75	Indépendance/ Etre son propre patron.		L.103	L.56, L.105	L.396, L.402, L.411	L.97/98	L.239/245		
76	Responsabilisation du patient.		L.105						
77	Etre heureux d'aller travailler.		L.118					L.214/215	

78	Métier en perpétuelle évolution.		L.127					
79	Autonomie matérielle.		L.153					
80	Travail en groupe pour ne pas être isolé.		L.158		L.289			
81	Travail en groupe pour avoir l'avis/échanger avec ses confrères.		L.159, L.193	L.312	L.288, L.291	L.145, L.151, L.152	L.392	L.179
82	Possibilité d'aménager ses horaires/ son temps de travail.		L.168, L.183/184	L.52, L.54, L.330/332	L.420		L.65	L.111, L.248, L.268
83	Possibilité de prendre des jours de repos en semaine.		L.169	L.54, L.465			L.393	L.168/169, L.265/266, L.291
84	Travail sur rendez-vous.		L.183			L.175		
85	Travail en groupe pour se répartir les frais de fonctionnement du cabinet.		L.194	L.343/345	L.259	L.145, L.151	L.387/388	
86	Pas de chômage.		L.233/234	L.440	L.229	L.254	L.526, L.542	L.274, L.278, L.364/365
87	Possibilité d'effectuer des remplacements au début de sa carrière.		L.234					
88	Possibilité de faire de la pédiatrie.			L.25, L.26, L.38		L.64	L.120	
89	Echanger avec les patients et leur famille.			L.34, L.35, L.151, L.265		L.31		
90	Prise en charge de pathologies à des stades de gravité différents.			L.69				
91	Connaître ses patients.			L.71			L.119	L.49
92	Liberté de la prise en charge médicale.			L.89, L.117	L.402/403	L.98, L.122	L.227/231	L.111
93	Adapter son activité médicale à ses goûts.			L.92			L.68/69, L.70/71, L.174	L.64, L.72, L.76/77
94	Possibilité d'adresser les patients à des spécialistes quand on en a besoin.			L.92/93				
95	Ne pas subir la hiérarchie de l'hôpital.			L.105				
96	Ne pas subir les impératifs financiers de l'hôpital.			L.111/112				
97	Se former/ Apprendre tout au long de sa vie par le biais des FMC.			L.129				
98	Possibilité d'être formateur dans des FMC pour transmettre notre savoir.			L.130				
99	Possibilité d'être maître de stage/ formateur dans des FMC pour apprendre soi-même.			L.132/133				
100	Remerciement des patients.			L.153				
101	Faire adhérer les patients à notre prise en charge.			L.155/156				
102	Proximité géographique avec les patients.			L.163			L.465/466	
103	Connaître l'entourage, l'environnement des patients.			L.163/164				

104	Possibilité d'effectuer des visites à domiciles pour adapter notre prise en charge.			L.171					L.123/126
105	Possibilité d'effectuer des visites à domiciles pour partager l'intimité des patients.			L.173	L.73, L.80, L.143, L.145, L.146				
106	Métier alliant l'intellectuel au manuel.			L.217/218					
107	Possibilité d'exercer en milieu rural pour avoir une activité plus variée.			L.235/236, L.238					
108	Possibilité d'exercer en milieu rural pour avoir une patientèle plus variée.			L.241/244					
109	Prise en charge sociale des patients/ Gestion des problèmes sociaux.			L.245		L.96, L.102	L.221		
110	Possibilité de faire du soutien psychologique/ Prise en charge psychologique des patients.			L.248, L.261	L.174/175		L.212		
111	Métier permettant de multiples orientations de carrières.			L.278/279, L.281, L.288		L.78/79, L.131			
112	Travail en groupe pour la répartition du temps de travail.			L.313/314					L.179/180
113	Amélioration du confort des gardes depuis la régulation par le 15.			L.373/374					
114	Aimer son métier.			L.401/402, L.439		L.258	L.550		
115	Possibilité de recevoir ses enfants sur son lieu de travail.			L.457/458					
116	Fierté de l'entourage.			L.466/467	L.526, L.529, L.531, L.535	L.244, L.252	L.434, L.440		L.258
117	Liberté d'installation.			L.478, L.487/488	L.313, L.324/325 /327	L.73, L.130	L.365/366, L.375, L.481/482, L.491		L.295, L.299, L.310
118	Possibilité de changer de lieu d'exercice/ de déménager.			L.481/482			L.521/522		
119	Possibilité d'échanger avec les confrères de son réseau.			L.553/554, L.557/558					
120	Apprendre des gens.				L.45				
121	Travail sous forme de consultations.				L.48				
122	Donner des avis aux patients.				L.51				
123	Discussion sur la prise en charge avec les patients.				L.51/52				
124	Conseiller les patients.				L.54				
125	Examiner les patients.				L.55				
126	Décrypter le non-verbal.				L.57/58, L.60/61				
127	Cadre de travail moins médicalisé.				L.68/69, L.72				
128	Respect de la dignité des patients.				L.86				

129	Complicité avec les patients.				L.111				
130	Etre le confident.				L.112/113, L.116				
131	Métier nécessitant des aptitudes psychologiques.				L.126				
132	Soigner les patients à domicile.				L.150				
133	Education.				L.175, L.176				
134	Statut social du médecin.				L.187/188, L.190, L.194, L.199, L.201			L.312, L.314	
135	Assurer les soins primaires d'un bassin de population.				L.202/204				
136	Bienveillance envers les patients.				L.210				
137	Variété des activités dans la journée (visites, consultations, actes)				L.224/225		L.168, L.305		
138	Avenir serein.				L.232, L.234/235		L.538, L.550	L.315	L.278/279, L.361/362, L.364/365
139	Avoir des locaux agréables.				L.249				
140	Se sentir bien dans son lieu de travail.				L.254				
141	Relation authentique avec les patients en milieu (semi)- rural.				L.322				
142	Discuter avec les patients d'autres choses que de médecine lors des consultations.				L.328, L.330/331				
143	Avoir des conseils administratifs avant de s'installer.				L.442/443				
144	Etre présent pour sa famille.				L.464/465			L.344	
145	Reconnaissance sociale de sa famille.				L.492/493				
146	Se faire de certains patients des amis.				L.495/496				
147	Population prête à rendre des services à son médecin et à sa famille.				L.501/502				
148	Exercer un des plus beaux métier.				L.532				L.255
149	Famille sereine pour l'avenir.				L.535, L.538, L.541				
150	Possibilité de faire de la formation médicale aménagée au temps de travail.				L.564, L.566, L.571/573				
151	Organiser son emploi du temps pour avoir du temps à consacrer à sa famille.				L.596, L.602/603	L.192/193, L.237/238, L.275			L.163/164, L.287, L.292/293
152	Possibilité d'exercer dans une maison de santé.				L.625				
153	Coopération entre confrères du cabinet.				L.636				
154	Gestion des fins de vie à domicile.					L.21/22			

155	S'adapter au caractère des patients.					L.27			
156	Améliorer l'état de santé (physique/psychologique) des patients.					L.31/32			
157	Ecouter l'histoire de vie des patients.					L.36/37			
158	Appliquer les recommandations lors des prises en charge des patients.					L.42/43			
159	Etre proche de ses patients au niveau relationnel, affectif.					L.51/52	L.119, L.141, L.155		L.49/50, L.113
160	Possibilité de voir les interactions entre les différentes personnes d'une famille.					L.53/54			
161	Possibilité de faire des remplacements avant de s'installer pour améliorer sa pratique.					L.71/72			L.354/355, L.357/358
162	Possibilité de faire des remplacements avant de s'installer pour prendre des vacances.					L.71/73, L.238			
163	Possibilité de travailler à l'étranger/ dans les DOM-TOM.					L.76, L.137			
164	Possibilité de faire de l'humanitaire.					L.76, L.106			
165	Possibilité de se spécialiser, de passer des DU.					L.82	L.150		L.350/351
166	Possibilité de faire des formations pour actualiser ses connaissances.					L.87/88			
167	Possibilité de faire des formations pour améliorer ses prises en charge.					L.92			
168	Connaître la physiopathologie des maladies.					L.93			
169	Possibilité de faire des formations pour connaître les dernières recommandations.					L.93/94			
170	Métier scientifique.					L.96, L.114			
171	Stimulation intellectuelle.					L.102	L.128, L.157/158, L.261/262		L.58
172	Travail en groupe pour faciliter les vacances.					L.154			
173	Travail en groupe pour gérer à plusieurs les patients difficiles.					L.155, L.157			
174	Rendre service aux gens.					L.165			L.42, L.191, L.255
175	Famille heureuse de voir le médecin épanoui.					L.236/237, L.260			
176	Métier humaniste.					L.241/242, L.247/248			L.246
177	Possibilité de voyager en faisant de l'humanitaire.					L.300			
178	Possibilité de rencontrer d'autres cultures en faisant de l'humanitaire.					L.300			
179	Possibilité de sauver des vies en faisant de					L.306			

205	Possibilité d'être maitre de stage pour apprendre des étudiants.							L.254	
206	Possibilité d'être maitre de stage pour se remettre en question.							L.262/263, L.270/273	
207	Possibilité d'être maitre de stage pour avoir un autre avis lors des consultations.							L.274/275	
208	Etre dans l'action.							L.297	
209	Etre fier de son métier.							L.313	
210	Possibilité de discuter de médecine avec ses proches.							L.319/320, L.322	
211	Ne pas subir son métier.							L.377/378	L.164
212	Travailler avec des confrères pour assurer la permanence des soins.							L.384/386	L.181/ 182, L.200
213	Etre au coeur du système de soin.							L.402/403	
214	Métier avec une forte demande permettant de choisir son activité.							L.408/409	
215	Pas de concurrence.							L.411/412, L.414	
216	Donner un sens à sa vie.								L.34
217	Avoir un rôle dans la société.								L.41
218	S'épanouir dans son métier.								L.42, L.307, L.361
219	Métier passionnant.								L.44
220	Dépistage.								L.50
221	Possibilité de faire de la gériatrie.								L.65, L.80, L.285, L.350
222	Travail en groupe pour avoir un pôle de compétences.								L.66/68
223	Liberté.								L.74, L.88/90, L.144, L.150, L.360
224	Relation non hiérarchique avec le patient.								L.115/ 116, L.118
225	Etre médecin de soins primaires.								L.130, L.185
226	Métier noble.								L.132
227	Possibilité de faire de la recherche en médecine générale.								L.135, L.137/ 139
228	Communiquer avec les intervenants de santé (URSAFF, CPAM).								L.153/ 154, L.227, L.231, L.234/ 236
229	Avoir une vie personnelle épanouie pour être un bon médecin généraliste.								L.171/ 172
230	Faire des gardes pour gérer des urgences.								L.186/ 187
231	Faire des gardes pour poursuivre sa formation.								L.187
232	Faire des gardes pour								L.191

Annexe 6 : Codage sélectif.

LES FACTEURS DE SATISFACTION PROFESSIONNELLE.

➤ LES DIFFERENTES ETAPES DE L'INSTALLATION.

- Avant l'installation.

- ✓ L'intérêt des remplacements.

87. Possibilité d'effectuer des remplacements au début de sa carrière.

161. Possibilité de faire des remplacements avant de s'installer pour améliorer sa pratique.

162. Possibilité de faire des remplacements avant de s'installer pour prendre des vacances.

239. Possibilité de faire des remplacements avant de s'installer pour avoir un emploi du temps plus souple.

- ✓ Préparer son installation.

143. Avoir des conseils administratifs avant de s'installer.

204. Réflexion avant l'installation.

- L'installation.

- ✓ L'intérêt du travail en équipe.

30. Travail en groupe pour se répartir les urgences.

31. Travail en groupe pour se répartir les consultations.

80. Travail en groupe pour ne pas être isolé.

81. Travail en groupe pour avoir l'avis/échanger avec ses confrères.

85. Travail en groupe pour se répartir les frais de fonctionnement du cabinet.

112. Travail en groupe pour la répartition du temps de travail.

152. Possibilité d'exercer dans une maison de santé.

172. Travail en groupe pour faciliter les vacances.

173. Travail en groupe pour gérer à plusieurs les patients difficiles.

192. Travail en groupe pour la convivialité.

198. Possibilité d'exercer en maison de santé pour partager les informations sur les patients.

- 199. Possibilité d'exercer en maison de santé pour avoir des avis différents.
- 200. Possibilité d'exercer en maison de santé pour la prise en charge globale des patients.
- 201. Possibilité d'exercer en maison de santé pour avoir un exercice plus confortable.
- 202. Possibilité d'exercer en maison de santé pour gérer l'incertitude.
- 203. Possibilité d'exercer en maison de santé pour améliorer les prises en charge.
- 222. Travail en groupe pour avoir un pôle de compétences.
- 233. Travail en groupe pour organiser des groupes balint.

✓ La liberté d'installation.

- 32. Possibilité de travailler en milieu semi-rural/rural.
- 107. Possibilité d'exercer en milieu rural pour avoir une activité plus variée.
- 108. Possibilité d'exercer en milieu rural pour avoir une patientèle plus variée.
- 117. Liberté d'installation.
- 118. Possibilité de changer de lieu d'exercice/ de déménager.
- 190. Possibilité de travailler dans une ville importante.

✓ Les facteurs nécessaires à une bonne installation.

- 33. Médecins spécialistes et paramédicaux à proximité.
- 34. Hôpital à proximité.
- 139. Avoir des locaux agréables.
- 140. Se sentir bien dans son lieu de travail.
- 193. Aller au travail en vélo.

• L'avenir.

✓ Un avenir serein.

- 86. Pas de chômage.
- 138. Avenir serein.

✓ Un métier en plein essor.

- 63. Métier à développer/ en plein essor.
- 78. Métier en perpétuelle évolution.

✓ Possibilité de changer.

- 61. Possibilité de changer de mode d'exercice au fil de sa carrière.
- 111. Métier permettant de multiples orientations de carrières.

118. Possibilité de changer de lieu d'exercice/ de déménager.

➤ **L'ORGANISATION.**

- L'organisation du cabinet.

- ✓ Le travail avec ses confrères.

29. Avoir un cabinet de groupe avec des médecins de sexe et de générations différentes.

37. Organisation du travail identique chez les différents médecins du groupe.

- ✓ Intérêt d'un secrétariat/ de l'informatique.

40. Secrétaire sur place pour la gestion des dossiers.

41. Avoir une secrétaire pour répondre au téléphone.

42. Informatique en réseau dans le cabinet.

- ✓ Les locaux/ le matériel.

43. Avoir une salle pour les urgences.

44. Avoir du matériel/ des locaux adaptés.

79. Autonomie matérielle.

127. Cadre de travail moins médicalisé.

- L'organisation du temps de travail.

28. Equilibre entre vie professionnelle et privée.

82. Possibilité d'aménager ses horaires/ son temps de travail.

83. Possibilité de prendre des jours de repos en semaine.

84. Travail sur rendez-vous.

121. Travail sous forme de consultations.

150. Possibilité de faire de la formation médicale aménagée au temps de travail.

187. Gestion de son emploi du temps pour se laisser du temps pour soi.

189. Avoir du temps libre pour être dans de meilleures dispositions pour travailler.

➤ **L'EXERCICE.**

- La liberté dans l'exercice professionnel.

✓ La liberté de l'exercice.

- 73. Liberté de choisir avec qui on travaille.
- 92. Liberté de la prise en charge médicale.
- 93. Adapter son activité médicale à ses goûts.
- 183. Rester soi-même au travail.
- 197. Exercice libéral.
- 214. Métier avec une forte demande permettant de choisir son activité.
- 223. Liberté.

✓ L'indépendance.

- 74. Ne pas travailler à l'hôpital.
- 75. Indépendance/ Etre son propre patron.
- 95. Ne pas subir la hiérarchie de l'hôpital.
- 96. Ne pas subir les impératifs financiers de l'hôpital.
- 185. Organisation plus simple qu'à l'hôpital.

• Le rôle du médecin généraliste.

✓ Gestion des soins de santé primaire.

- 94. Possibilité d'adresser les patients à des spécialistes quand on en a besoin.
- 102. Proximité géographique avec les patients.
- 213. Etre au cœur du système de soin.
- 225. Etre médecin de soins primaires.

✓ Soins centrés sur la personne.

- 10. Possibilité de prendre du temps pour certaines consultations.
- 16. Suivi des patients au long cours.
- 18. Etre le médecin de famille.
- 24. Aider les gens.
- 68. Soigner.
- 69. Prendre soin des gens.
- 70. Répondre à la demande des patients.
- 71. Prise en charge globale du patient.
- 101. Faire adhérer les patients à notre prise en charge.
- 109. Prise en charge sociale des patients/ Gestion des problèmes sociaux.
- 110. Possibilité de faire du soutien psychologique/ Prise en charge psychologique des patients.
- 122. Donner des avis aux patients.

- 123. Discussion sur la prise en charge avec les patients.
- 124. Conseiller les patients.
- 125. Examiner les patients.
- 132. Soigner les patients à domicile.
- 154. Gestion des fins de vie à domicile.
- 156. Améliorer l'état de santé (physique/psychologique) des patients.
- 174. Rendre service aux gens.
- 181. Connaître ses patients pour une prise en charge plus adaptée.

✓ Approche globale et modèle holistique.

- 5. Multitude de paramètres à gérer.
- 25. Prévention.
- 59. Possibilité d'éduquer les patients à travers des petites conférences.
- 71. Prise en charge globale du patient.
- 133. Education.
- 220. Possibilité de faire du dépistage.

✓ Orientation communautaire.

- 27. Répondre à la demande de soin de la société.
- 135. Assurer les soins primaires d'un bassin de population.
- 186. Le médecin généraliste est économe pour la société.
- 217. Avoir un rôle dans la société.
- 227. Possibilité de faire de la recherche en médecine générale.
- 235. Etre utile pour la société.

✓ Aptitude spécifique à la résolution de problèmes.

- 7. Prise en charge des urgences.
- 17. Gestion de pathologies aiguës.
- 90. Prise en charge de pathologies à des stades de gravité différents.
- 126. Décrypter le non-verbal.
- 158. Appliquer les recommandations lors des prises en charge des patients.

- La variété du mode d'exercice.

✓ La variété au cabinet.

- 2. Variété des pathologies.
- 3. Patientèle hétérogène.

- 4. Motifs de consultations/journées imprévisibles.
- 5. Multitude de paramètres à gérer.
- 8. Rencontrer de nouvelles personnes/ des gens.
- 9. Absence de routine.
- 12. Possibilité de faire des actes techniques.
- 13. Possibilité de faire de la gynécologie.
- 14. Possibilité de faire de la psychiatrie.
- 62. Possibilité de faire de l'acupuncture.
- 88. Possibilité de faire de la pédiatrie.
- 137. Variété des activités dans la journée (visites, consultations, actes)
- 191. Possibilité de faire de l'échographie.
- 221. Possibilité de faire de la gériatrie.

✓ La variété du métier.

- 60. Autres modes d'exercice possible, activité mixte (vacations, planning familial, maison de retraite)
- 61. Possibilité de changer de mode d'exercice au fil de sa carrière.
- 111. Métier permettant de multiples orientations de carrières.
- 163. Possibilité de travailler à l'étranger/ dans les DOM-TOM.
- 164. Possibilité de faire de l'humanitaire.
- 177. Possibilité de voyager en faisant de l'humanitaire.
- 178. Possibilité de rencontrer d'autres cultures en faisant de l'humanitaire.
- 179. Possibilité de sauver des vies en faisant de l'humanitaire.

- L'intérêt des visites à domicile.

- 11. Possibilité de faire des visites à domicile.
- 104. Possibilité d'effectuer des visites à domiciles pour adapter notre prise en charge.
- 105. Possibilité d'effectuer des visites à domiciles pour partager l'intimité des patients.
- 182. Possibilité d'effectuer des visites à domicile pour connaître l'environnement des patients.

- La permanence des soins.

- 113. Amélioration du confort des gardes depuis la régulation par le 15.
- 212. Travailler avec des confrères pour assurer la permanence des soins.
- 230. Faire des gardes pour gérer des urgences.
- 231. Faire des gardes pour poursuivre sa formation.
- 232. Faire des gardes pour rendre service aux patients.

➤ **LA STIMULATION INTELLECTUELLE.**

- La stimulation intellectuelle.

6. Recherche de diagnostics.
 64. Réflexion sur la prise en charge des patients.
 106. Métier alliant l'intellectuel au manuel.
 168. Connaître la physiopathologie des maladies.
 170. Métier scientifique.
 171. Stimulation intellectuelle.
 237. Possibilité de faire de l'enseignement.

- Un apprentissage permanent.

65 Apprentissage permanent.
 66. Amélioration de sa pratique tout au long de sa carrière.
 166. Possibilité de faire des formations pour actualiser ses connaissances.
 231. Faire des gardes pour poursuivre sa formation.

- La formation médicale.

36. Formation médicale.
 97. Se former/ Apprendre tout au long de sa vie par le biais des FMC.
 165. Possibilité de se spécialiser, de passer des DU.
 166. Possibilité de faire des formations pour actualiser ses connaissances.
 167. Possibilité de faire des formations pour améliorer ses prises en charge.
 169. Possibilité de faire des formations pour connaître les dernières recommandations.
 238. Se former pour diminuer l'anxiété au travail.

➤ **LA MAITRISE DE STAGE.**

56. Possibilité d'être maitre de stage pour promouvoir la médecine générale.
 57. Possibilité d'être maitre de stage pour le côté relationnel.
 58. Possibilité d'être maitre de stage pour transmettre notre savoir.
 98. Possibilité d'être formateur dans des FMC pour transmettre notre savoir.
 99. Possibilité d'être maître de stage/ formateur dans des FMC pour apprendre soi-même.
 205. Possibilité d'être maitre de stage pour apprendre des étudiants.
 206. Possibilité d'être maitre de stage pour se remettre en question.
 207. Possibilité d'être maitre de stage pour avoir un autre avis lors des consultations.

➤ **LA RELATION.**

- La relation médecin/patient.

1. Etre dans l'intimité des gens.
19. Relation médecin/patient.
20. Rôle important dans la vie des gens.
23. Relation de confiance avec les patients.
26. Etre content de voir ses patients.
67. Contact humain.
76. Responsabilisation du patient.
89. Echanger avec les patients et leur famille.
91. Connaître ses patients.
103. Connaître l'entourage, l'environnement des patients.
120. Apprendre des gens.
128. Respect de la dignité des patients.
129. Complicité avec les patients.
130. Etre le confident.
136. Bienveillance envers les patients.
141. Relation authentique avec les patients en milieu (semi)- rural.
142. Discuter avec les patients d'autres choses que de médecine lors des consultations.
146. Se faire de certains patients des amis.
155. S'adapter au caractère des patients.
157. Ecouter l'histoire de vie des patients.
159. Etre proche de ses patients au niveau relationnel, affectif.
160. Possibilité de voir les interactions entre les différentes personnes d'une famille.
180. Relation médecin/patient de meilleure qualité qu'à l'hôpital.
196. Spontanéité des patients avec le médecin traitant.
224. Relation non hiérarchique avec le patient.

- La relation aux confrères/ aux autres professionnels de santé.

35. Travail en réseau.
45. Bonne entente avec ses confrères.
94. Possibilité d'adresser les patients à des spécialistes quand on en a besoin.
119. Possibilité d'échanger avec les confrères de son réseau.
153. Coopération entre confrères du cabinet.
184. Connaître le fonctionnement de la CPAM.
192. Travail en groupe pour la convivialité.
195. Faire son propre réseau.
215. Pas de concurrence.
228. Communiquer avec les intervenants de santé (URSAFF, CPAM).

- La relation avec la communauté sociale.

54. Possibilité de s'investir ou non dans la communauté.
 134. Statut social du médecin.
 147. Population prête à rendre des services à son médecin et à sa famille.
 234. Investissement des autorités nationales et locales pour l'installation des médecins généralistes. Mesures incitatives

➤ **LA RECONNAISSANCE.**

21. Reconnaissance des patients.
 100. Remerciement des patients.
 145. Reconnaissance sociale de sa famille.

➤ **LES FACTEURS DE SATISFACTION IDENTITAIRE.**

15. Métier palpitant.
 22. Métier valorisant.
 131. Métier nécessitant des aptitudes psychologiques.
 148. Exercer un des plus beaux métiers.
 176. Métier humaniste.
 188. Métier permettant d'apprendre à devenir patient.
 219. Métier passionnant.
 226. Métier noble.

LES FACTEURS DE SATISFACTION PERSONNELLE.

➤ **LES FACTEURS DE SATISFACTION LIES A LA FAMILLE.**

28. Equilibre entre vie professionnelle et privée.
 47. Faire des ordonnances aux proches.
 48. Pouvoir répondre aux questions médicales des proches.
 51. Possibilité d'offrir des voyages, des sorties aux proches.
 52. Socialisation rapide des enfants.

- 55. Avoir un travail pour le conjoint dans la région.
- 115. Possibilité de recevoir ses enfants sur son lieu de travail.
- 116. Fierté de l'entourage.
- 144. Etre présent pour sa famille.
- 149. Famille sereine pour l'avenir.
- 151. Organiser son emploi du temps pour avoir du temps à consacrer à sa famille.
- 175. Famille heureuse de voir le médecin épanoui.
- 194. Soigner ses proches.
- 210. Possibilité de discuter de médecine avec ses proches.
- 236. Famille épanouie.

➤ **LES FACTEURS DE SATISFACTION PERSONNELS.**

- Liés à la vie privée.

- 38. Rémunération confortable.
- 46. Cadre de vie agréable.
- 49. Qualité de vie agréable.
- 50. Milieu social favorisé.
- 53. Avoir des infrastructures scolaires, sportives, culturelles, des services publics à proximité.
- 187. Gestion de son emploi du temps pour se laisser du temps pour soi.
- 189. Avoir du temps libre pour être dans de meilleures dispositions pour travailler.
- 229. Avoir une vie personnelle épanouie pour être un bon médecin généraliste.

- Liés au métier.

- 39. Etre content du travail effectué.
- 72. Réaliser son rêve.
- 77. Etre heureux d'aller travailler.
- 114. Aimer son métier.
- 208. Etre dans l'action.
- 209. Etre fier de son métier.
- 211. Ne pas subir son métier.
- 216. Donner un sens à sa vie.
- 218. S'épanouir dans son métier.

Annexe 7 : Retranscription intégrale des huit entretiens.

Annexe disponible sur le CD-ROM.

UNIVERSITE DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Monsieur le Professeur DEWITTE Jean-Dominique

Titre de la thèse Satisfactions chez les internes de Médecine
Généraliste : Enquête qualitative par entretiens
semi-dirigés.

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI

~~NON~~

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à

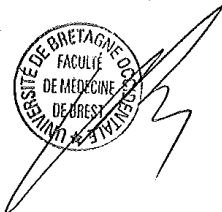
M^{me} MONFORT Anne-Elise

Fait à BREST, le 7.11.2012

VISA du Doyen de la faculté

A BREST, le 12 novembre 2012

Le Doyen,



Le Président du Jury de Thèse,

 A large, stylized signature of the President of the Jury.

Santé au Travail
et Maladies Environnementales
C.H.U. A. Morvan
2 avenue Foch - 29009 BREST CEDEX
Professeur Jean-Dominique DEWITTE
Chef de Service
Pneumologie - Tabacologie

RESUME

Titre : Satisfaction des internes de Médecine Générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés.

Introduction : La démographie médicale en soins primaires est préoccupante en France et en Europe. Les raisons du « burn out » chez les internes et jeunes médecins généralistes ont été fréquemment étudiées. Par contre, les recherches en matière de satisfaction au travail dans cette population sont peu nombreuses en France. Le but de cette enquête était d'étudier les facteurs professionnels positifs chez les internes de médecine générale.

Méthode : Qualitative par entretiens semi dirigés. La population était constituée d'internes de médecine générale ayant effectué le stage chez le praticien de niveau 1 et se destinant a priori aux soins primaires. Les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Les verbatims ont été analysés en théorie fondée par deux chercheurs en aveugle. Les codages ouverts et axiaux ont été ensuite validés par un groupe de recherche.

Résultats : La moyenne d'âge des internes interrogés était de 28 ans. Le sex-ratio était de 50 %. La saturation a été obtenue après quatre entretiens. Quatre entretiens supplémentaires ont été réalisés. Les principaux facteurs positifs sur leur futur métier étaient l'installation, dans un cadre agréable, de liberté et collégial. L'avenir de la discipline était ressenti comme positif. Les internes étaient fiers de leur métier, qui se situait au cœur du système de soin. L'aspect intellectuel était souligné. Les internes interrogés aspiraient à devenir maîtres de stage. Ils étaient centrés sur le patient. Les compétences de médecine générales définies par la WONCA ressortaient nettement comme facteurs positifs. Le nécessaire équilibre entre vie privée et vie professionnelle était souligné.

Conclusion : L'étude de la vision positive des internes de médecine générale préconise de guider leur formation sur les compétences définies par la WONCA. Les décisions en matière de démographie médicale doivent tenir compte de ce modèle pour être efficaces.

Mots clés : Médecine générale, satisfaction, compétences, internes.

<u>Jury</u> : Président	Monsieur le Professeur DEWITTE Jean-Dominique
Membres du Jury	Monsieur le Professeur LE RESTE Jean-Yves <u>Monsieur le Docteur LE FLOC'H Bernard</u> Madame le Docteur LIETARD Claire

