



HAL
open science

Ressenti des jeunes femmes médecins généralistes installées dans les Alpes Maritimes depuis moins de 5 ans sur leurs conditions de vie et d'exercices : étude qualitative à partir d'entretiens semi dirigés

Stéphanie Vo

► **To cite this version:**

Stéphanie Vo. Ressenti des jeunes femmes médecins généralistes installées dans les Alpes Maritimes depuis moins de 5 ans sur leurs conditions de vie et d'exercices : étude qualitative à partir d'entretiens semi dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01165243

HAL Id: dumas-01165243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01165243>

Submitted on 18 Jun 2015

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.

Université de Nice Sophia Antipolis

Faculté de médecine

Année 2014

Thèse de doctorat en médecine

**Ressenti des jeunes femmes médecins généralistes
installées dans les Alpes Maritimes depuis moins de 5 ans
sur leurs conditions de vie et d'exercice : étude qualitative à
partir d'entretiens semi dirigés**

Présentée et soutenue publiquement le jeudi 24 avril 2014 par

Stéphanie VO

Née le 30 mars 1983 à l'Haÿ-les-Roses (94)

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean Baptiste SAUTRON

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Henry CHAN

Assesseurs du jury :
Monsieur le Professeur Pierre MARTY
Madame le Docteur Brigitte MONNIER
Madame le Professeur Isabelle POURRAT

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA
ANTIPOLIS

**FACULTÉ DE
MÉDECINE**

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

M. BAQUÉ Patrick

Assesseurs

M. BOILEAU Pascal

M. HÉBUTERNE Xavier

M. LEVRAUT Jacques

Conservateur de la bibliothèque

M. SCALABRE Grégory

Chef des services administratifs

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

M. DAR COURT Guy

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude
 M. FREYCHET Pierre
 M. GERARD Jean-Pierre
 M. GILLET Jean-Yves
 M. GRELLIER Patrick
 M. HARTER Michel
 M. INGLESAKIS Jean-André
 M. LALANNE Claude Michel
 M. LAMBERT Jean Claude
 M. LAPALUS Philippe
 M. LAZDUNSKI Michel
 M. LEFEBVRE Jean-Claude
 M. LEBAS Pierre
 M. LE FICHOUX Yves
 M. LOUBIERE Robert
 M. MARIANI Roger
 M. MASSEYEFF René
 M. MATTEI Mathieu
 M. MOUIEL Jean
 Mme MYQUEL Martine
 M. OLLIER Amédée
 M. ORTONNE Jean-Paul M. SCHNEIDER Maurice M. TOUBOL Jacques
 M. TRAN Dinh Khiem
 M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)

Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)

Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A mon Président de jury de Thèse, Monsieur le Professeur Sautron

Je vous remercie infiniment de l'honneur que vous me faites de présider mon jury de thèse.

A mon Juge, Monsieur le Professeur Marty

Je suis honorée que vous participiez au jury de ma thèse et je vous en remercie sincèrement.

A mon Juge, Madame le Professeur Pourrat

Veillez recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de participer au jury de ma thèse.

A mon Juge, Madame le Docteur Monnier

Je vous suis reconnaissante et vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A mon Directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Chan

Je vous remercie sincèrement pour m'avoir accordée votre confiance en acceptant de diriger ma thèse. Faire mon SASPAS à vos côtés a été extrêmement enrichissant pour moi et a confirmé mon choix professionnel. J'aime la médecine telle que vous l'exercez et l'enseignez, vous restez pour moi, un modèle d'humanité et de rigueur dans votre exercice de la médecine générale.

Aux médecins généralistes ayant participé à l'étude

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'étude et mais aussi d'avoir témoigné et partagé avec autant de sincérité vos expériences personnelles. Rencontrer chacune d'entre vous a été très bénéfique pour moi et grâce à vous, je me lance aujourd'hui dans l'exercice en libéral en étant sereine et confiante pour l'avenir.

A chaque enseignant, rencontré lors de mon externat à Paris et de mon internat à Nice,

Je suis reconnaissante de ce que vous m'avez transmis, et j'espère aujourd'hui être à la hauteur de vos enseignements.

A Patrick et Yves

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée en me proposant de travailler à vos côtés. Je suis motivée et impatiente de commencer au cabinet!

A ma famille

Papa, merci d'avoir cru en moi, de m'avoir redonné confiance lorsque je doutais.

Maman, merci pour ton soutien en toutes circonstances.

Emilie et Thomas, ma soeurette et mon frérot préférés, je suis très fière d'être votre grande sœur ; merci d'être toujours à mes côtés malgré la distance.

A toute ma famille au sens large ! Ba Co, Ong Ba Noi, Ong Ba Ngoai, tous mes oncles, tantes et cousins, je suis reconnaissante de tous ces moments passés en famille que je chéris tant.

A mes amis

A la BOB team (Arnaud, Baud, Flo, Camille, Foite, Mathilde), merci à vous pour avoir rendu ces années d'études plus légères !!

A mes copines parisiennes, Sophie, Marjorie et Alice ; je suis impatiente à chaque fois que je remonte sur Paris de faire nos traditionnels repas filles à la Sex and the city !!!

Aux Lazdegs (Flo, Vira, Sebichou, Lei, Sylvain, Amélie, Fred, Juju et nos 2 mascottes Pénou et Gaby), merci pour tous ces moments de folie passés ensemble, pour les vacances au ski, les week ends à la mer et les prochains encore à venir !!

Aux sudistes, Steph, Joel, Ye et John, j'espère qu'on continuera encore longtemps nos apéros du dimanche soir qui permettent de bien finir le week end en beauté !

A mes anciens co internes Jo et Varlou, pour nos délires cannois inoubliables, j'espère que d'autres vont encore suivre !!

A JP

La vie avec toi est simple, facile, drôle et pleine de surprises. Je suis heureuse et comblée à tes côtés.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	13
❖ Démographie médicale en quelques chiffres.....	13
❖ Internat de médecine générale	13
❖ Comment les internes se projettent ils dans quelques années ?.....	14
2. MATERIELS ET METHODE	15
❖ Recherche documentaire	15
❖ Objet de l'étude.....	15
❖ Type de l'étude.....	15
❖ Selection de la population.....	15
❖ Préparation de l'entretien semi dirigé	16
❖ Phase de collecte et transcription du verbatim	16
❖ Analyse des entretiens	17
3. RESULTATS.....	18
❖ Données quantitatives	18
1) Caractéristiques démographiques	18
a) Age.....	18
b) Situation maritale	19
c) Profession du conjoint.....	19
d) Nombre d'enfants	19
2) Caractéristiques socio professionnelles	20
a) Activité exercée avant l'installation	20
b) Faculté d'origine (pendant l'internat)	21
c) Délai entre l'obtention du diplôme et l'installation	21
d) Milieu d'exercice	22
e) Mode de fonctionnement du cabinet	22
f) Horaires de travail	23
g) Activité médicale	23
h) Date d'installation	24
3) Durée moyenne des entretiens : 31 minutes.....	24
❖ Analyse des entretiens	25
1) L'installation en libéral	26
➤ Expérience professionnelle avant l'installation.....	26
➤ Attentes de l'exercice en libéral.....	27

➤ Craintes et doutes de l'installation.....	29
➤ L'installation : un choix à différents moments	31
➤ Circonstances de l'installation.....	31
➤ Mode d'installation	32
2) L'exercice en cabinet libéral.....	32
➤ Cabinet de groupe	32
➤ Seule	33
➤ Les horaires de travail	34
➤ Les consultations au cabinet	35
➤ Les visites à domicile	35
➤ Activités complémentaires	36
➤ Importance du réseau	36
➤ Les vacances	37
➤ Gestion administrative autre que l'activité de soins.....	37
➤ Ressenti sur l'exercice actuel	37
3) Etre femme, épouse, mère et médecin généraliste en libéral.....	38
➤ La maternité : une étape clé.....	39
➤ Les enfants et la vie de famille : une priorité	39
➤ Le rôle du conjoint.....	40
➤ Temps libre et loisirs.....	41
➤ Mettre des limites	41
➤ Limites entre vie professionnelle et vie privée	43
➤ Place du métier.....	43
4) Ressenti sur le métier de médecin généraliste installé en libéral.....	44
➤ Point de vue des MG	44
➤ Comportement des patients	46
➤ MG : un métier avant tout.....	47
➤ La qualité de vie.....	48
5) Besoins et attentes des MG : comment améliorer les conditions de travail des MG ?	49
6) Bilan de l'expérience en tant que médecin libéral, quels conseils en tirer pour les futures générations ?.....	51
➤ Bilan de l'installation et de ses impacts sur la vie personnelle : un succès.....	51
➤ Conseils pour les futures générations : 2 point essentiels pour réussir une installation..	52
➤ Perspectives d'avenir professionnel.....	53

4. DISCUSSION	54
❖ Forces et faiblesses du travail	54
1. Validité interne de l'étude.....	54
1) Choix du qualitatif et guide d'entretien	54
2) Recrutement de la population et biais de sélection	54
3) Choix de l'interviewer : biais d'interprétation	55
4) Recueil de données	55
5) Analyse des données	56
2. Validité externe de l'étude.....	56
❖ A propos des résultats.....	57
➤ Les données quantitatives.....	57
➤ L'analyse des entretiens.....	57
➤ Deux cas à part	63
5. CONCLUSION	64
6. RESUME	65
7. REFERENCES.....	66
8. ANNEXES	68

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Guide d'entretiens semi dirigés	16
Figure 2 : Diagramme de flux	17
Figure 3 : Age des MG interrogées	17
Figure 4 : Répartition des conjoints en fonction de leurs professions	18
Figure 5 : Répartition des MG selon le nombre d'enfants	19
Figure 6 : Répartition des MG selon l'activité antérieure à l'installation	19
Figure 7 : Répartition des MG selon leur lieu d'études	20
Figure 8 : Délai entre la fin des études et l'installation	20
Figure 9 : Mode d'exercice des MG	21
Figure 10 : Répartition des MG en fonction du temps de travail	22

Figure 11 : Temps écoulé depuis l'installation en libéral	23
Figure 12 : Durée respective de chaque entretien	23
Figure 13 : Nuage de mots clefs les plus fréquemment cités	24
Figure 14 : Complexité des différents rôles de la MG	37
Figure 15 : Les différentes facettes du métier	43

LISTE DES ABREVIATIONS

MG	Médecin Généraliste
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
SSR	Soins de Suite et Rééducation
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
CMU	Couverture Maladie Universelle
MKDE	Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
ALD	Affection Longue Durée
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
DERMG	Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale

1. INTRODUCTION

❖ *Démographie médicale en quelques chiffres*

Après un fort accroissement observé de 1980 à 2000, le nombre de médecins généralistes (MG) libéraux s'est stabilisé et sera en baisse en termes de volume mais surtout en termes de densité dans les prochaines années. Ceci s'accompagne de quatre tendances observées au niveau national (1):

- la population de médecins installés en libéral ne cesse de décroître
- la population médicale vieillit,
- les effectifs de médecins en exercice diminuent, alors que les effectifs de médecins retraités ont augmenté de 45% entre 2007 et 2013,
- la médecine se féminise : les femmes représentent aujourd'hui 43% des effectifs des médecins inscrits à l'Ordre des Médecins contre 38 % en 2007.

Alors que 35 départements risquent de manquer de médecins à court terme, la région PACA, pour la troisième année consécutive, reste en tête du classement des régions les mieux dotées en médecins généralistes, malgré une légère baisse de nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins (2). Cependant une forte diminution de la densité est prévue d'ici 2017(1).

Dans les Alpes Maritimes (2) :

- la moyenne d'âge des MG en exercice est de 53 ans
- 40% des MG sont des femmes
- 13% des MG ont moins de 40 ans
- 27% des MG ont plus de 60 ans.
- 63% des MG en exercice exercent en libéral, 28% en tant que salarié et 9% ont un exercice mixte.

Lors de leur première inscription à l'Ordre des Médecins des Alpes maritimes, 31,2 % des jeunes MG ont choisi d'exercer en tant que remplaçant, 31,2% en secteur salarié et 36,8% en libéral ; 5 ans plus tard ce chiffre atteint 45% (2). En revanche au niveau national seul 23% des jeunes MG choisissent l'exercice libéral en 1^{ère} inscription (1).

❖ *Internat de médecine générale*

A la faculté de médecine de Nice, le nombre d'internes de médecine générale à former pour les prochaines années fixé par l'arrêté du 10 juillet 2012 (3) est de 76, 85 et 85 respectivement pour les années 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015 alors que les promotions de 2003, 2004 et 2005 réunies recensaient seulement 98 internes.

Les effectifs d'internes de médecine générale étant en hausse, on peut penser que cela contribuera à contrebalancer la population de MG partant à la retraite.

Cependant, comment savoir si ces jeunes générations finiront par choisir l'exercice en libéral plutôt qu'un exercice en secteur hospitalier ou en structure telles que cliniques privées ou en établissements de soins (SSR, EHPAD) ?

Il est bien souvent difficile pour les internes de médecine générale d'avoir une idée du type de vie et du type d'exercice qu'ils vont mener dans leur futur (4).

La grande majorité du cursus est effectuée dans le cadre hospitalier avec des stages dans les différents services de spécialité et ne correspond pas du tout à l'exercice de la médecine générale libérale. Les stages chez les médecins généralistes en ville sont apparus très récemment pendant l'externat et depuis longtemps pendant l'internat avec le stage chez le praticien et le stage chez le praticien de niveau 2 ou SASPAS permettant ici une première approche de l'exercice de la médecine générale libérale.

❖ *Comment les internes se projettent ils dans quelques années ?*

Malgré l'existence de ces stages pourtant très appréciés, il semble difficile pour les internes, en majorité de jeunes femmes, de s'identifier à leurs maîtres de stage qui sont pour la plupart des médecins hommes d'âge moyen n'ayant pas le même mode de vie (vie de famille, centres d'intérêts, activités sportives et culturelles...) et issus d'une autre génération.

Il nous paraît judicieux de réaliser un travail permettant aux futures générations de jeunes femmes MG de mieux imaginer quels modes de vie, quelles conditions de vie et de travail elles pourraient avoir. Ici le choix de notre population est essentiel car le but est qu'à la lecture du travail, les internes d'aujourd'hui puissent s'identifier et se reconnaître à travers des jeunes femmes issues de la même génération, et qui, il y a peu de temps encore, étaient encore internes.

Par ailleurs, de nombreux médecins généralistes prennent leur retraite sans trouver de successeur car la reprise d'un cabinet et l'installation en libéral en général effraient les jeunes médecins. Ils y voient beaucoup d'inconvénients (4). Ainsi, il est important de les informer sur ces difficultés d'installation afin qu'ils puissent mieux s'y préparer et prévenir les burn out fréquents dans la profession (5, 6, 7).

Notre question de recherche sera donc d'identifier auprès de jeunes femmes MG installées dans les Alpes Maritimes depuis moins de cinq ans leur point de vue sur leurs vies professionnelles et vies privées actuelles.

2. MATERIELS ET METHODE

❖ *Recherche documentaire*

J'ai utilisé pour la recherche documentaire d'une part les moteurs de recherche « Pubmed » et « Google » et d'autre part le site de la BIUM (Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine) pour consulter des travaux de thèses. Les mots clefs utilisés étaient : féminisation ; médecine générale ; qualité de vie ; étude qualitative ; entretien semi dirigé ; conditions de travail ; installation en libéral.

J'ai sélectionné les articles / travaux de thèses / rapports après les avoir lus et la bibliographie de ces différents supports m'a aussi aidée à trouver d'autres documents utilisés dans mon travail.

❖ *Objet de l'étude*

J'ai interrogé des jeunes femmes médecins généralistes installées dans les Alpes Maritimes depuis moins de 5 ans afin de recueillir leur expérience de l'installation en libéral en tant que médecin et en tant que femme, mère et épouse.

L'objectif principal était de recueillir et d'analyser leur ressenti sur leurs conditions de vie et d'exercice libéral. L'objectif secondaire était de déterminer quelles sont les propositions trouvées pour améliorer ces conditions et les conseils utiles pour les futurs médecins.

❖ *Type de l'étude*

J'ai choisi de procéder à une étude qualitative par la méthode des "entretiens semi dirigés" en m'inspirant de l'ouvrage de J.C. KAUFMANN (8) qui a mis au point la méthodologie par entretiens semi dirigés, utilisée en sociologie. Cette méthode présente plusieurs avantages notamment d'un point de vue logistique.

Les MG intéressées volontaires m'accordent un rendez vous selon leurs disponibilités soit à leur domicile soit à leur cabinet. Ainsi le fait de se retrouver en face à face dans un environnement connu et rassurant a sûrement favorisé l'échange. De plus, ces entretiens sous couvert de l'anonymat permettent une plus libre expression.

L'autre méthode (dite "focus group") utilisée dans les études qualitatives aurait contraint les MG à se déplacer pour y participer avec la difficulté d'obtenir une date commune aux MG. Il s'y ajoute l'appréhension de l'expression en public devant un groupe de pairs.

❖ *Selection de la population*

Les médecins ont été recrutées sur le site internet de l'Ordre National des Médecins. Dans la section recherche avancée, j'ai choisi comme critère le genre féminin, le département des Alpes Maritimes et les numéros d'identification RPPS supérieur à 1004000000. J'ai finalement obtenu une liste de médecins correspondant à la population étudiée: femme, exerçant dans les Alpes Maritimes et récemment installées (âge supposé jeune).

J'ai ensuite recherché leurs coordonnées sur le site internet des Pages Jaunes et/ou sur le moteur de recherche « Google ». La collecte de données a été arrêtée au moment où la saturation d'idées a été atteinte.

❖ *Préparation de l'entretien semi dirigé*

Le guide d'entretien comporte deux parties : une première partie se présente sous la forme d'un questionnaire quantitatif permettant de caractériser notre échantillon et une deuxième partie avec des questions ouvertes dans un ordre précis, divisée en trois thèmes. Je me suis inspirée d'autres travaux de thèses pour constituer le guide. La trame a été adaptée et enrichie au fur et à mesure des entretiens comme le permet ce type d'étude.

Thème 1	Ressenti sur l'installation et l'exercice en libéral
Thème 2	Ressenti sur le métier de MG
Thème 3	Ressenti sur la vie personnelle depuis l'installation

Figure 1 : Guide d'entretien semi dirigé

❖ *Phase de collecte et transcription du verbatim*

Les MG ont été contactées au préalable par téléphone sur leur lieu de travail et après avoir obtenu leur accord téléphonique, un rendez-vous a été fixé selon leur disponibilité. Les entretiens ont été réalisés à leur cabinet ou à leur domicile entre le 24 février 2014 et le 10 mars 2014.

Les médecins ont donné leur accord oral pour l'enregistrement des entretiens, ainsi que pour la retranscription et l'analyse des données avec respect de leur anonymat. L'ordre des questions du guide a été adapté à chaque entretien, pour assurer une écoute optimale et une relance optimale de la discussion tout en respectant l'émergence d'idées.

J'ai veillé à favoriser le dialogue en gardant le contact visuel et pour cela, aucune note écrite n'a été prise durant les entretiens et j'ai mémorisé les grandes lignes de mon guide, tout en le gardant sous la main pour m'assurer que tous les thèmes avaient été abordés. Pour éviter tout risque de problème technique, tous les entretiens ont été enregistrés en double à l'aide de deux supports : une tablette numérique avec une application dictaphone et un dictaphone.

Les enregistrements audio ont été ensuite retranscrits en texte dans leur intégralité à l'aide du logiciel d'un logiciel de traitement de texte le jour même de l'entretien.

❖ *Analyse des entretiens*

Les entretiens ont été analysés de façon axiale, puis de façon transversale. Pour cela, je me suis aidée du logiciel d'analyse qualitative NVivo 10 qui permet de faire le codage et l'analyse thématique des données issues des verbatims.

3. RESULTATS

❖ *Données quantitatives*

1) Caractéristiques démographiques

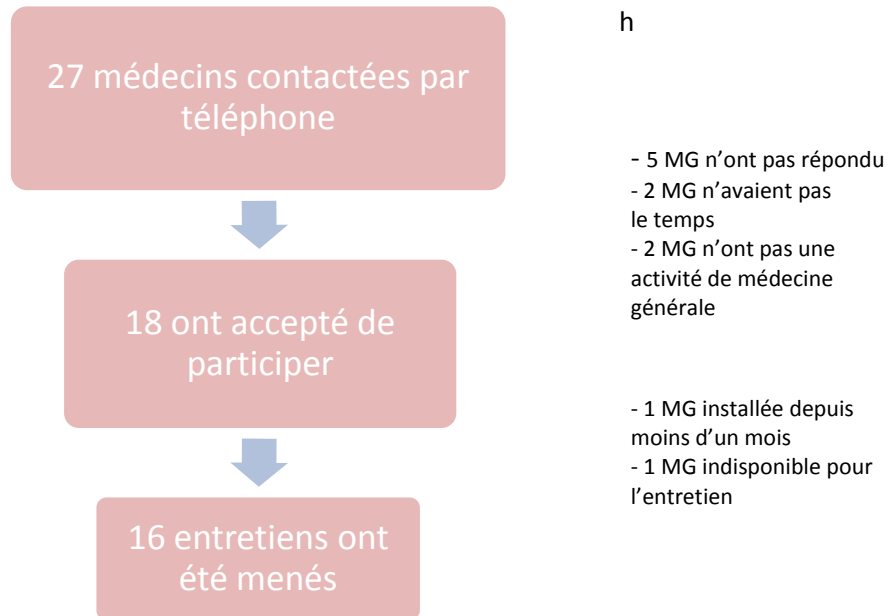


Figure 2 : Diagramme de flux

a) Age

L'âge moyen des femmes interrogées est de 35 ans.

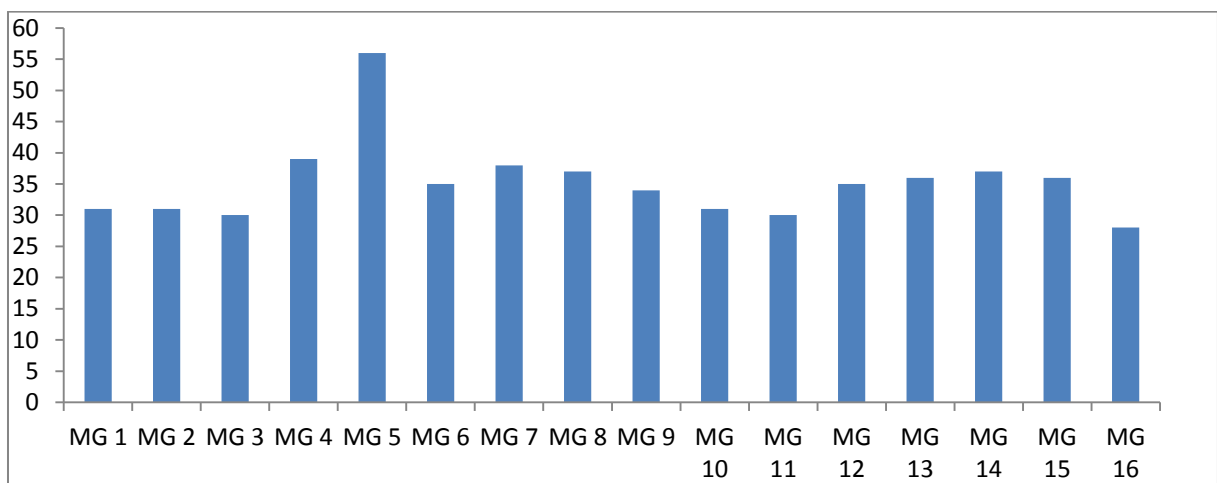


Figure 3 : Age des MG interrogées

b) Situation maritale

13 MG sont en couple ou mariées et 3 sont célibataires.

c) Profession du conjoint

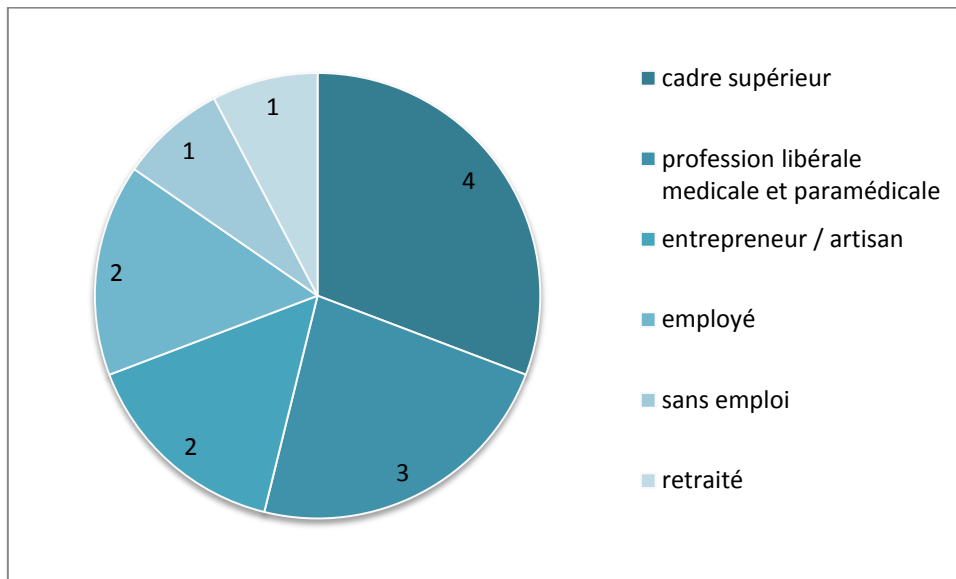


Figure 4 : Répartition des conjoints en fonction de leur profession

d) Nombre d'enfants

3 MG n'ont pas d'enfants et 13 MG sont mamans. Le mode de garde des enfants dépend essentiellement de leur âge :

< 3 ans : nounou et / ou crèche et / ou conjoint

> 3 ans : scolarisés, en dehors des heures d'écoles les MG et leurs conjoints les récupèrent dans tous les cas.

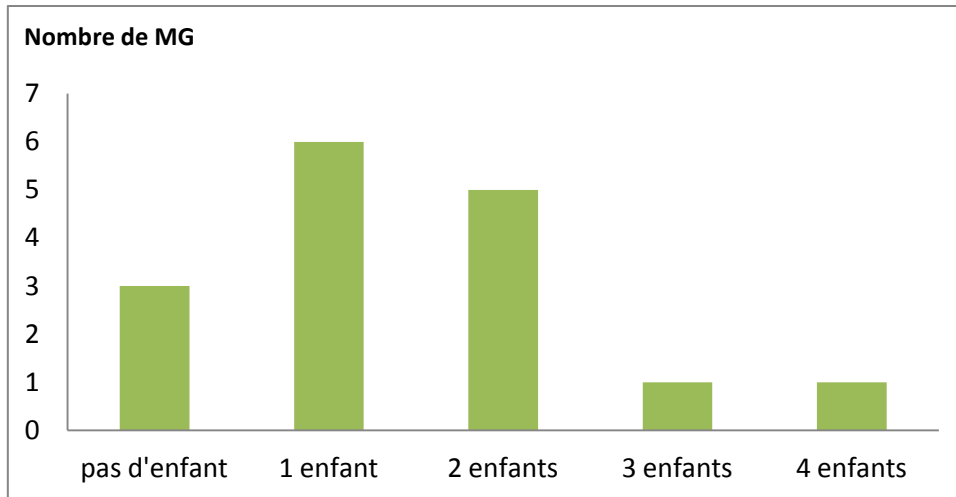


Figure 5 : Répartition des MG selon le nombre d'enfants

Toutes les MG qui sont mères ont des enfants de moins de 10 ans à leur charge sauf MG 5 qui a quatre enfants déjà adultes et indépendants.

2) Caractéristiques socio professionnelles

a) Activité exercée avant l'installation

Seules 2 MG n'avaient jamais exercé en libéral et étaient uniquement salariées avant de choisir de s'installer en cabinet.

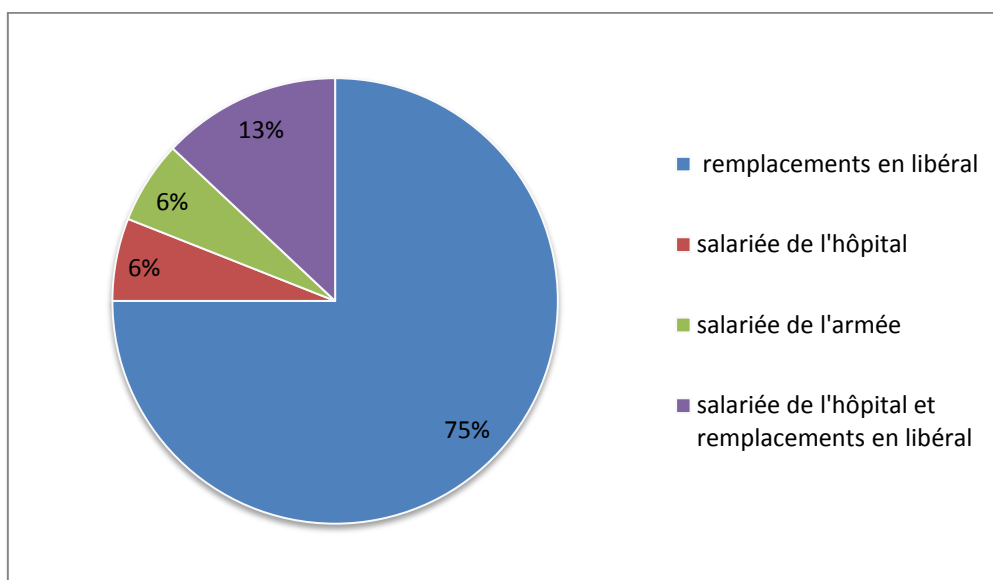


Figure 6 : Répartition des MG selon l'activité antérieure à l'installation

b) Faculté d'origine (pendant l'internat)

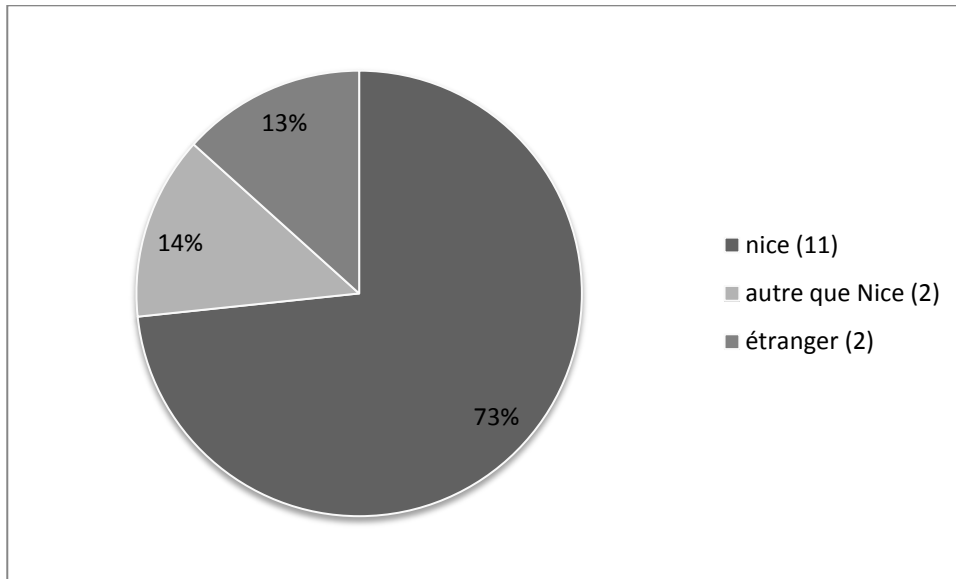


Figure 7 : Répartition des MG selon leur lieu d'étude

2 MG étrangers sont originaires de Roumanie et 2 MG ont fait leur internat à Paris.

c) Délai entre l'obtention du diplôme et l'installation

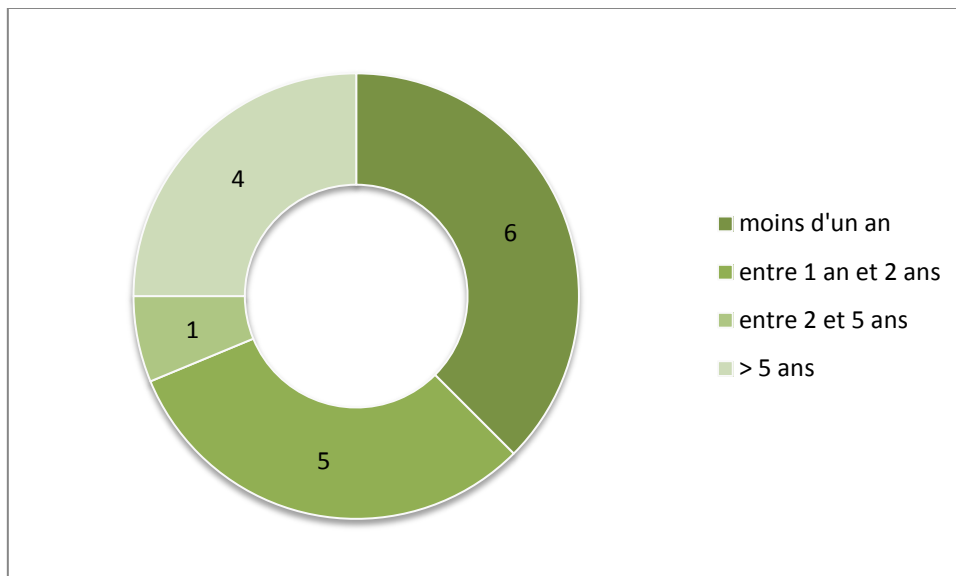


Figure 8 : Délai entre la fin des études et l'installation

A noter qu'ici la fin des études coïncide avec la soutenance de la thèse et/ ou la validation du DES.

d) Milieu d'exercice

14 MG exercent en milieu urbain dans des villes de plus de 10 000 habitants (Nice, Antibes, Cagnes sur mer, Villeneuve Loubet, Le Cannet, Grasse, Menton, Mouans Sartoux) et 2 MG exercent en milieu semi urbain dans des villes de 10 000 habitants et moins (Saint Vallier de Thiey, Contes).

e) Mode de fonctionnement du cabinet

La majorité des MG ont préféré s'installer en groupe plutôt que seules et travaillent également avec un secrétariat (téléphonique ou secrétaire sur place).

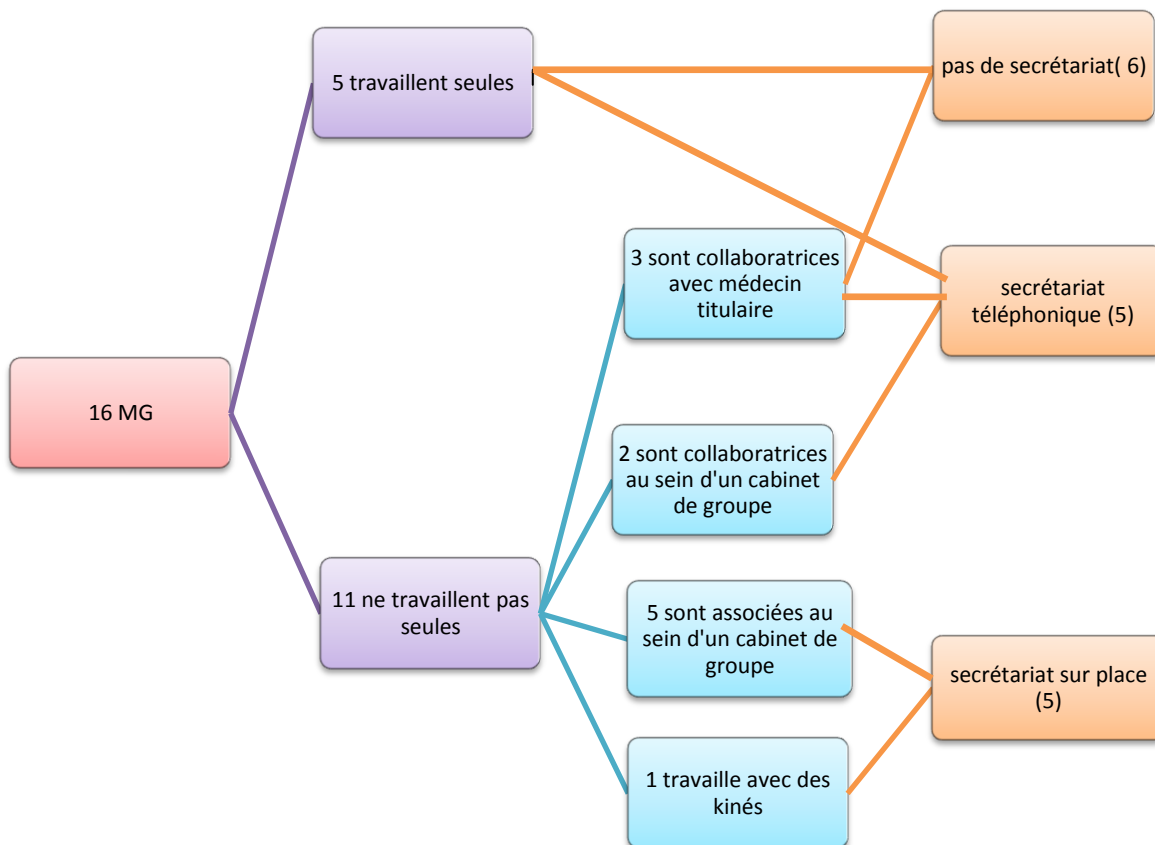


Figure 9 : Mode d'exercice des MG

f) Horaires de travail

Les temps de travail sont très variables d'une MG à l'autre. Toutes celles qui travaillent 4 jours par semaine disposent de leur mercredi.

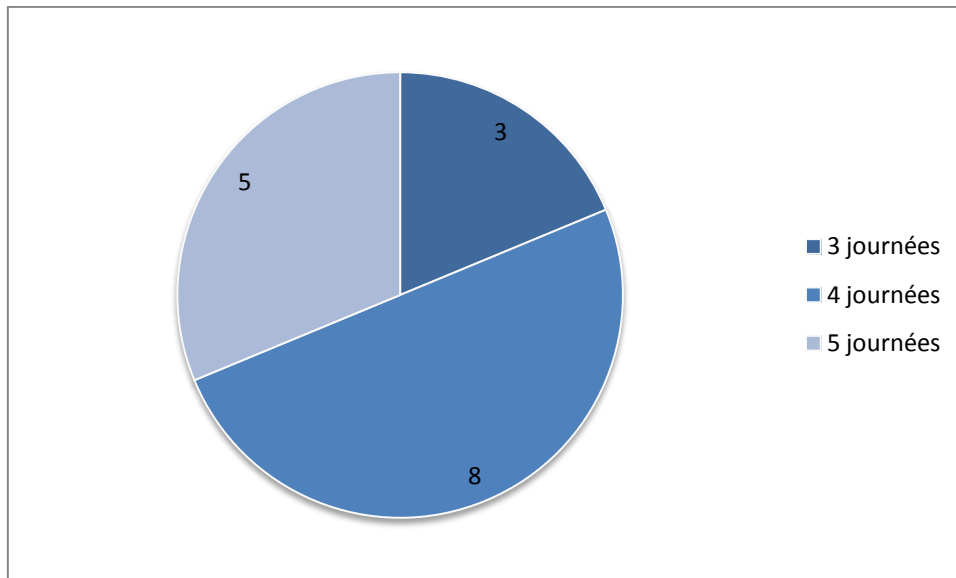


Figure 10 : Répartition des MG en fonction de leurs temps de travail

Le nombre d'heures travaillées par jour est également très variable (de 7 à 10 heures) d'une MG à l'autre et d'un jour à l'autre chez une même MG :

> 7h30, 9h ou 9h30-12h ou 12h30 / pause déjeuner +/- visites / 13h30 ou 14h ou 15h - 18h30 ou 19h voire 20h30

> demi journées avec visites le matin et après midi cabinet ou vice versa entre 9h et 19h.

Seules 4 MG s'accordent de vraies pauses déjeuner sans visites (2 MG ne faisant pas de visites et 2 MG ayant un créneau spécifiquement dédié aux visites).

3 MG font des matinées ou après midi de visites et celles-ci souvent dépassent sur le temps du déjeuner.

g) Activité médicale

- ✓ 2 MG ne font pas de visites à domicile et 14 MG font des visites à domicile.
- ✓ 3 MG font des gardes (1 MG dans une structure avec visites à domiciles, et 2 en maison médicale).
- ✓ 2 MG ont une activité salariée associée en tant que médecin coordinateur (dans une EHPAD et dans un foyer d'accueil).

h) Date d'installation

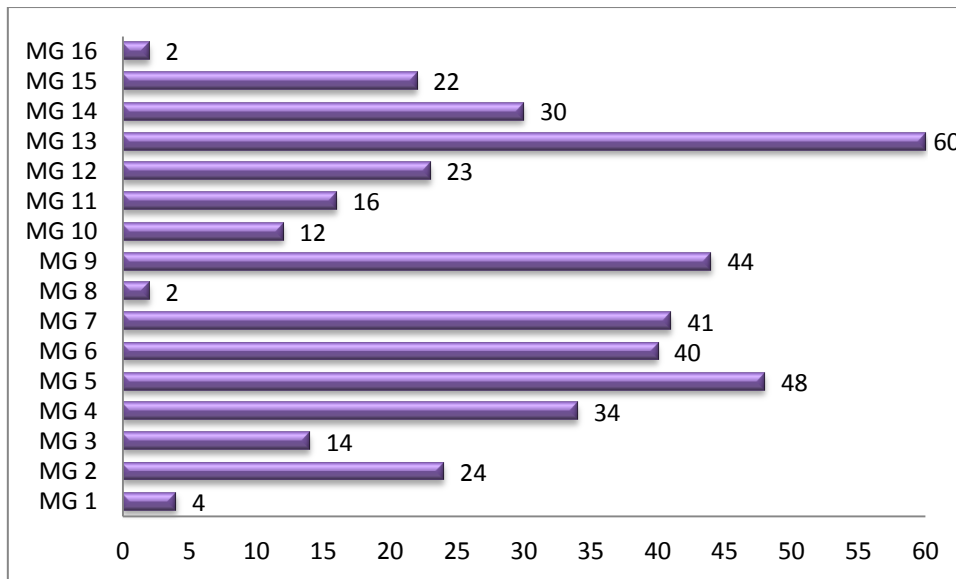


Figure 11 : Temps écoulé depuis l'installation en libéral, en mois

Les MG ont une expérience de l'exercice en cabinet libéral depuis en moyenne 26 mois.

3) Durée moyenne des entretiens : 31 minutes

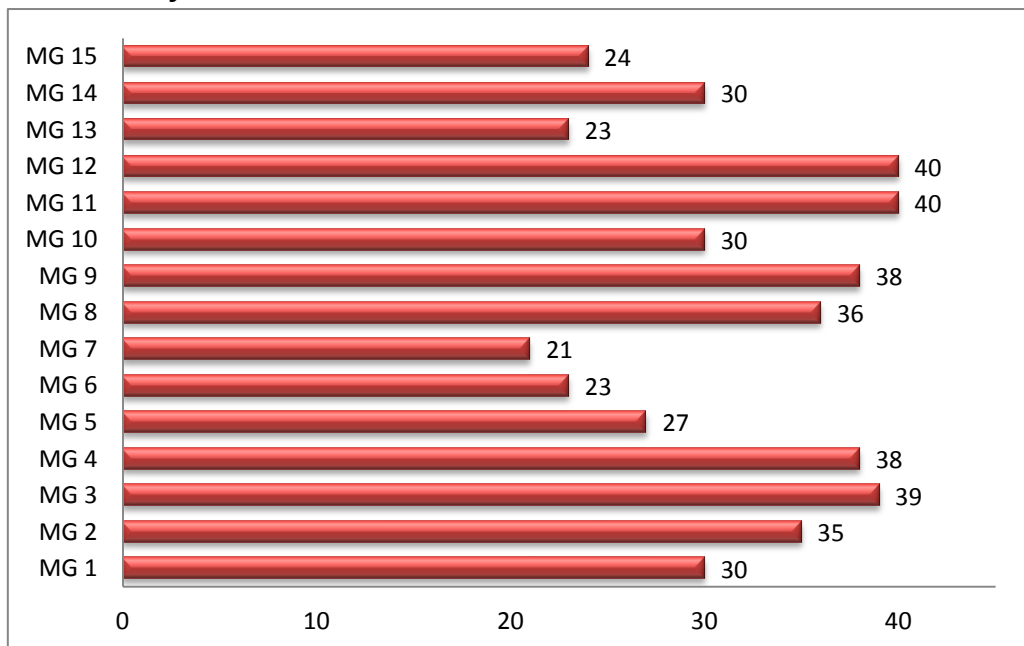


Figure 12 : Durée respective de chaque entretien, en minutes

1) L'installation en libéral

➤ Expérience professionnelle avant l'installation

✓ *Les remplacements des MG déjà installés*

Pour la plupart des MG, le remplacement est en général un exercice incontournable, notamment lors du début de l'activité professionnelle. Mais les remplacements ne satisfont pas la majorité des MG car ils sont souvent considérés comme « frustrants » :

Ne pas exercer sa médecine	<ul style="list-style-type: none"> • "Mais c'est vite frustrant de ne pas pouvoir exercer sa médecine, de devoir en quelque sorte se caler sur la pratique de ceux qu'on remplace, bah oui on ne peut pas se mettre en porte à faux avec le médecin qu'on remplace et qui nous donne du boulot" MG 12 • "D'être aussi gênée de devoir m'adapter aux pratiques des autres" MG 16
Manque de stabilité	<ul style="list-style-type: none"> • "Quand on est remplaçant on ne sait jamais de quoi le mois suivant sera fait. On travaille quasiment au jour le jour et pas beaucoup " MG 13 • "J'en avais marre de travailler un coup 2 semaines, puis rien pendant 1 mois et ainsi de suite, qu'il n'y ait pas de régularité" MG 16
Pas de suivi du patient	<ul style="list-style-type: none"> • "Il y avait la frustration de voir les gens au coup par coup" MG 7 • "Quand on est remplaçant on n'a pas le fin mot de l'histoire, on est responsable sans l'être au final, c'est le médecin titulaire qui va le revoir. C'est frustrant. " MG13

Mais finalement, ils ont permis aux MG d'avoir une idée de la façon dont elles aimeraient travailler :

« En faisant des remplas je me suis vite rendue compte de ce que je voulais et de ce que je ne voulais pas faire quand j'aurais mon propre cabinet. » MG 10

✓ *L'exercice en tant que salarié*

Certaines MG avaient pour vocation de travailler à l'hôpital ou dans une structure militaire mais ont finalement décidé de changer d'orientation pour plusieurs raisons :

Manque d'humanité

- "Aux urgences, j'avais l'impression d'être vétérinaire et non docteur, faire de l'abattage, de ne pas avoir le temps, de cautionner un manque d'humanité et un manque de considération donc éthiquement ça a été difficile" MG 11

Relation médecin malade pauvre

- "A l'hôpital c'est aseptisé, il n'y a pas d'échange avec le patient " MG 4
- "La relation médecin malade est obligatoire et en même temps inexistante, on n'avait pas trop cette relation de confiance avec les patients qui n'étaient pas vraiment malades " MG 5

Rythme de travail difficile

- "A l'hôpital j'ai craqué, parce que c'était les urgences, un coup on fait les nuits, un coup le jour, on n'a pas de rythme stable et ce n'était plus gérable avec une vie de famille" MG 11
- "A l'hôpital c'était trop fatigant, le rythme des urgences, et c'est pas adapté pour les enfants" MG 8

➤ Attentes de l'exercice en libéral

Après leurs différentes expériences professionnelles, les MG ont des attentes variées concernant leur exercice en cabinet libéral. La plus citée est « la possibilité de s'organiser afin d'avoir plus de temps libre » mais avec beaucoup d'autres :

- avoir une stabilité et une régularité dans le quotidien
- avoir un suivi des patients
- travailler avec certain un confort
- avoir une relation de confiance avec le patient
- être indépendante, autonome et libre
- exercer une médecine à son image
- trouver un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle
- ne plus être de garde le week end
- avoir un exercice diversifié

Les MG recherchent dans l'installation une certaine stabilité, une régularité dans le rythme de vie, permettant de s'organiser et de dégager plus de temps libre pour leurs familles.

Une stabilité,
savoir de quoi
l'avenir sera fait

MG 13

Avoir plus de
temps libre
pour sa famille

MG 11

Une régularité qui
permet de prévoir et
s'organiser à l'avance

MG 2

En m'installant je savais que
j'aurais des enfants et je voulais
pouvoir m'organiser comme je
le souhaite en fonction d'eux

MG 12

Pouvoir ranger
comme on veut son
bureau, avoir ses
affaires, sa malette,
c'est une histoire de
confort de travail.

MG 2

Sur le plan professionnel, elles recherchent également une façon d'exercer la médecine générale comme elles le souhaitent en suivant leurs propres patients et en privilégiant la relation médecin malade qu'elles estiment avant tout basée sur la confiance:

Moi je voyais la médecine
générale avec la relation
médecin patient au centre. Et
je voyais qu'un seul moyen de
faire ce genre de médecine en
m'installant

MG 10

C'est important de voir
que les patients nous
choisissent et nous
font confiance

MG 13

Je voulais avoir une
relation basée sur la
confiance et
commençant par le
choix du MT

MG 12

Pour moi c'est l'idéal car c'est
un fonctionnement que tu peux
faire à ton image, c'est ce qui
m'a attirée dans l'installation

MG 16

Avoir un suivi régulier des
patients, faire de la prévention
avec les patients, ce qui n'est
pas possible en rempla.

MG 15

➤ Craintes et doutes de l'installation

Les MG avaient de nombreuses craintes avant de s'installer :

- financière,
- du côté administratif,
- du côté commercial,
- de trop travailler,
- entente avec les associés,
- de ne pas être à la hauteur,
- de l'isolement.

> Des craintes avant installation au vécu post installation :

Craintes liées à l'installation	En pratique
<p>Financière</p> <p>« Je ne savais pas si le cabinet fonctionnerait, si les patients resteraient après le départ en retraite de l'ancien. » MG 1</p> <p>« Crainte de ne pas bien gagner sa vie, c'est pour ça au début j'étais chez mes parents, avant de prendre un appartement et d'être complètement autonome ». MG 3</p>	<p>« C'est bien, presque tous les patients sont restés ici, il y a des nouveaux patients, il y a beaucoup de visites à domicile, je travaille toute la journée » MG 1</p> <p>« Je m'attendais à ce que ce soit une année bien plus dure financièrement mais en fait ça va, je travaille bien » MG 10</p>
<p>Côté administratif</p> <p>« J'avais peur de gérer le côté administratif qu'on n'a pas à faire quand on est remplaçant » MG 6</p>	<p>« Ça fait beaucoup peur les contraintes administratives mais c'est dommage car y'en a pas tant que ça » MG 10</p> <p>« Il y a quand même beaucoup de papiers à remplir pour les patients, ça prend du temps » MG 7</p> <p>« C'est moi qui fais la compta et j'en ai vraiment marre ! » MG 7</p>

Côté commercial

« J'ai pensé être incapable de gérer la question argent, ça me faisait très peur de réclamer de l'argent. » MG 4

« Je n'avais jamais eu cette relation avec l'argent, ça gâche sincèrement le plaisir du métier » MG 5

« Ce qui me gêne c'est cette idée d'avoir un chiffre à faire. » MG 5

Trop travailler

« Avoir trop de boulot, se laisser submerger, de pas pouvoir dire stop » MG 9

« Mais c'est pas le cas. J'essaie de limiter mes visites, mon activité et de fonctionner comme je le veux » MG 13

« Peur d'être prise dans une spirale où on doit toujours travailler. » MG 13

Relation avec les associés

« L'appréhension que ça fonctionne avec les autres associés. » MG 2

« Ça se passe très bien avec les autres médecins, j'ai été bien accueillie » MG 2

De ne pas être à la hauteur

« surtout par rapport à mes compétences, j'avais peur de ne pas être au niveau, j'ai toujours essayé de lire mais ya une différence entre la théorie et la pratique. » MG 5

« En tant que collaboratrice, il fallait être à la hauteur des attentes de mon associé » MG 6

Isolement

« J'avais peur d'être isolée aussi alors que j'ai toujours travaillé au CHU » MG 4

« En fait on travaille aussi en équipe avec les IDE, les spécialistes, tu n'es pas seule ! » MG4

➤ L'installation : un choix à différents moments

> Pour certaines MG, le choix de l'installation était une évidence dès le début de leurs études :

« Je ne me suis pas posé la question, c'était pour moi l'aboutissement de l'investissement que j'ai pu faire, de toutes ces années d'études. » MG 6

« J'avais déjà une idée fixe de ce que serait ma vie après les études, et c'était d'avoir mon propre cabinet et soigner mes patients, je n'ai jamais eu de doutes là-dessus. » MG 12

> D'autres MG ont quant à elles eu une « révélation » au moment où elles ont effectué leur stage chez le praticien :

« J'ai adoré tout de suite l'ambiance du cabinet libéral, la relation avec le patient, je ne voulais plus retourner à l'hôpital et finir le reste de mes stages ! » MG 15

> Pour la grande majorité, finalement le choix de l'installation s'est imposé suite à l'insatisfaction que procuraient les remplacements, l'exercice à l'hôpital ou en structure mais aussi le choix s'est révélé aux décours de remplacements de longue durée permettant d'avoir un aperçu de la relation médecin traitant / patient.

« Mon dernier rempla a été un vrai déclic : j'ai remplacé un congé mater pendant 6 mois qui m'a permis de me sentir médecin de famille, de voir une autre facette du métier qui m'a énormément plu et qui m'a donné envie de m'installer, ce que je n'avais pas ressenti en remplas jusque là » MG 14

« J'avais toujours travaillé à l'hôpital et une de mes collègues qui était elle installée en ville m'a proposée de la remplacer pendant son congé mater, je ne connaissais pas du tout le métier de MG en libéral c'est pas ce que je voulais faire à la base mais ça me travaillait. Et j'ai trouvé ça vraiment enrichissant et différent : je voyais des patients que je connaissais de l'hôpital et pourtant, la relation n'était pas la même, je les découvrais d'une autre façon. Ça m'a beaucoup plu. » MG 4

➤ Circonstances de l'installation

Durant les remplacements, les MG ont été très sollicitées pour prendre la succession ou bien pour s'associer ou se mettre en collaboration. Cependant, elles sont toutes unanimes sur le fait de bien choisir le lieu et les conditions d'entrée.

➤ Mode d'installation

La majorité d'entre elles sont au sein d'un cabinet travaillant avec au moins un autre MG.

2) L'exercice en cabinet libéral

➤ Cabinet de groupe

Le fonctionnement en groupe présente beaucoup d'avantages :

<p>Confort de travail (locaux, secrétaire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « On a la chance immense d'avoir une secrétaire à 4 on peut se le permettre. C'est magique » MG 2 • « C'est top d'être à plusieurs surtout pour les charges, on peut se permettre le luxe d'avoir une secrétaire et des locaux beaucoup plus grands » MG 12
<p>Rassurant (moins de prise de risque car pool de patient préexistant, sécurité, ne pas être seule)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai la chance d'avoir deux associés dont un est super à l'écoute, je ne me sens pas seule et ça c'est rassurant quand on commence. » MG 10 • "Je n'ai pas pris beaucoup de risque en m'installant ici, c'est un gros cabinet qui tournait déjà bien avant" MG 12
<p>Continuité des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « C'était important qu'il y ait quelqu'un d'autre au cabinet quand je n'y suis pas pour prendre le relais, et surtout c'est important d'être en réseau pour pouvoir justement avoir accès aux dossiers des uns et des autres si besoin » MG 2
<p>Echange d'expérience, travail de groupe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « On peut échanger nos expériences, se donner un coup de main mutuellement, demander un avis » MG 12 • "Quand un collègue a un doute sur une éruption, il me demande, c'est loin pour lui la pédiatrie" MG 9
<p>Possibilité de moins travailler</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Je ne me voyais pas du tout travailler seule car je ne me voyais pas travailler beaucoup. Je voulais garder du temps pour moi pour ma famille. » MG 2

MAIS quelquefois :

- il est difficile de s'imposer lorsqu'on arrive dans un cabinet avec des habitudes de fonctionnement :

« Quand on arrive dans un cabinet où il y a déjà des habitudes, il faut penser à avoir ses exigences dès le début sinon on se fait bouffer. » MG 4

« Pour moi le bon fonctionnement serait d'être sur rendez vous uniquement, c'est plus confortable pour travailler mais le problème c'est que les patients ne sont pas prêts. Ca fait 30 ans que le cabinet fonctionne comme ça » MG 13

- il n'est pas toujours facile de trouver un terrain d'entente par exemple en matière de vacances

« Comme je suis arrivée en dernier, disons que je les remplaçais beaucoup pendant leurs vacances, on n'arrive pas toujours à se mettre d'accord, même si on est 3 c'est arrivé qu'on ferme le cabinet. » MG 4

- il est difficile de trouver une cohésion et une dynamique de groupe

« En fait on est 3, mais on travaille quand même bien séparément, on est 3 pour partager les charges et pas 3 pour travailler ensemble. Ca m'ennuie que lorsque je ne suis pas là le mercredi qu'ils ne soient pas disponibles pour voir mes patients. C'est pas normal. » MG 10

« Quand j'étais collaboratrice, je n'avais pas de patients sauf les urgences, les cas difficiles dont ils ne voulaient pas » MG 8

➤ Seule

Différentes circonstances ont été citées :

- les propositions d'association ou de collaboration ne convenaient pas :

« J'ai cherché à m'associer, on m'a fait des propositions mais qui ne me convenaient pas du tout. Les horaires, le lieu, l'état du cabinet, la façon de travailler. Bref, ça a été vraiment laborieux donc j'ai décidé de m'installer seule. » MG 11

- après réponse à des annonces pour une succession :

« J'ai pas envie de m'associer, je préfère être seule, et indépendante, de ne rendre des comptes à personne, et c'est difficile de toujours se mettre d'accord quand on est associé, moi je veux être mon propre chef » MG 8

- avec 4 kinésithérapeutes :

« J'ai vu cette annonce de kinés qui cherchaient un médecin généraliste comme ils avaient un local en plus. Ils voulaient aussi faire venir un médecin du sport pour s'orienter vers une clientèle sportive et ça m'a attirée comme je suis moi-même sportive. » MG 16

- Reprise d'un cabinet à défaut d'avoir trouvé une association ou des remplacements :

« Je voulais faire des remplas dans un 1^{er} temps, je ne me sentais pas capable de gérer un cabinet. J'avais envoyé un courrier à tous les médecins du coin et je n'ai pas eu de réponses. Un seul médecin qui m'a répondu qu'il envisageait de partir à la retraite et me proposait donc de lui succéder » MG 5

- l'opportunité qui convenait à savoir un cabinet à côté de leur domicile:

« J'aurais pu m'installer ailleurs mais le fait que c'était dans mon village, dans des locaux neufs et aux normes handicapées, ca m'a décidée » MG 15

«Ça s'est fait un peu par hasard, je cherchais à m'installer et une de mes connaissances m'a mise en relation avec ce médecin qui cherchait un successeur et j'ai trouvé ce que je recherchais : un cabinet à côté de chez moi » MG 7

Les MG ayant fait le choix de s'installer seule mettent en avant la grande liberté aussi bien dans leur manière de travailler, dans l'organisation de l'emploi du temps que dans l'installation en elle-même :

« Ce qui me plaît c'est mon autonomie, avoir la possibilité de partir si jamais ca ne me convenait plus, je ne suis ni associée, ni collaboratrice, je loue simplement un local » MG 16

Mais pour les MG cette situation est aussi à double tranchant car elles sont seules pour faire toutes les tâches :

« Je me sens très fatiguée, il faut tout gérer toute seule, le téléphone, les appels, les messages, le ménage le week end. » MG 1

Pour les MG qui ont créé leur propre cabinet, les débuts sont parfois difficiles :

« Je fais de gros horaires car comme c'est une création, il faut que je me fasse ma patientèle. Je suis là de 9h à 20h du lundi au vendredi » MG 16

➤ **Les horaires de travail**

✓ **Horaires de semaine**

Ils sont variables d'un MG à l'autre. Elles travaillent toutes entre 3 à 5 jours par semaine.

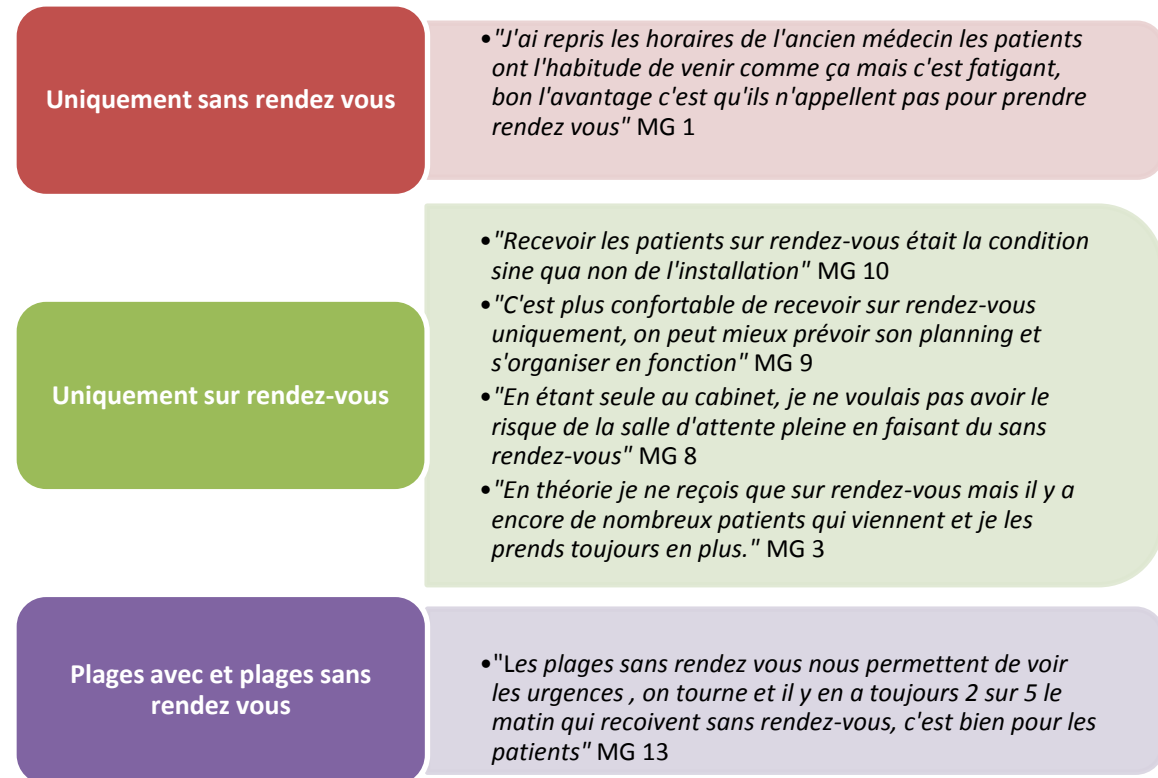
✓ **Le samedi matin**

La majorité des MG ne travaille pas le samedi matin.

Parmi celles qui travaillent le samedi matin, celles qui sont installées seules travaillent tous les samedis, alors que celles qui sont installées en groupe se relaient à tour de rôle avec leurs associés.

➤ Les consultations au cabinet

Les MG ont un mode de fonctionnement très variable concernant les consultations au cabinet.



En pratique, certaines qui travaillent avec quelques plages sans rendez-vous préféreraient ne recevoir que sur rendez-vous mais la contrainte du cabinet de groupe ne leur permet pas de changer les habitudes.

A contrario, d'autres qui fonctionnent uniquement sur rendez-vous déplorent refuser les urgences quand tous les créneaux de consultation sont pleins et souhaiteraient intégrer à leurs plages horaires au moins 2 consultations sans rendez vous par jour.

➤ Les visites à domicile

Une minorité de MG déclare ne pas faire de visites à domicile par choix :

« Je n'aime pas ça, donc je n'en fais pas, les patients sont au courant, ils me choisissent en connaissance de cause » MG 9

« J'ai une patientèle très jeune en plein centre ville donc finalement je n'ai pas eu de demandes pour des visites donc je n'en fais pas » MG 4

La moitié des MG ont plusieurs demi-journées dans leur planning dédiées aux visites à domicile. D'autres font les visites tous les jours « entre midi et 14 heures ». Ces visites sont souvent considérées comme fatigantes, mais les MG reconnaissent que c'est nécessaire.

Au début je n'aimais pas faire les visites, finalement ça change du cabinet et ça permet de découvrir le patient dans son environnement.

MG 3

Faire beaucoup de visites ça m'arrange car je les fais quand je veux, je n'ai pas de contrainte d'horaire et finir vers 17h, 18h

MG 14

Il y a beaucoup de personnes âgées donc il faut faire des visites et c'est là qu'on comprend tout le sens de médecin de famille

MG 15

➤ Activités complémentaires

Quelques MG ont également une activité complémentaire en tant que médecin coordinateur en EHPAD et en foyer d'accueil ce qui permet de varier l'activité et de travailler au sein d'une équipe :

« Et travailler en équipe dans les EHPAD ou dans la structure où je suis « médecin co » c'est enrichissant et différent du cabinet » MG 15

Une MG fait également des vacations deux fois par semaine au CHU de Nice.

D'autres font des vacations deux fois par semaines au CHU, ou alors des gardes en maison médicale une à deux fois par trimestre ou font partie d'un tour de garde avec visites à domicile avec également une activité de médecin généraliste régulateur au SAMU.

« J'aime bien, ça permet de continuer à faire des gestes comme les sutures et ça change du quotidien du cabinet qui peut être parfois trop plan plan et c'est relativement tranquille, c'est de 20h à minuit » MG 9

Enfin d'autres sont également médecin de crèche pour quelques vacations par an.

➤ Importance du réseau

La moitié des MG signale que se créer un réseau de spécialistes, d'IDE, de MKDE, etc... avec qui l'on travaille est important et permet de se sentir moins seule :

« Les confrères avec qui j'ai eu des contacts sont très accueillants, très sympas, contents que je m'installe, ils m'envoient des patients » MG16

« On est seul au cabinet et en même temps on n'est pas seule : ya le laboratoire, les spécialistes, les IDE avec qui on travaille et le patient au centre» MG 15

➤ **Les vacances**

La majorité de celles exerçant en groupe s'arrangent avec les associés ou avec des remplaçants, d'autres prennent systématiquement des remplaçants, et enfin certaines installées seules ferment le cabinet en laissant les coordonnées d'autres confrères ; leur faible activité ne leur permettant pas de prendre de remplaçant.

➤ **Gestion administrative**

Il s'agit là de tous les à côtés du médical : répondre au téléphone, faire sa comptabilité, prendre les rendez vous, remplir les dossiers invalidité, ALD etc... des patients.

La majorité des MG a choisi de faire appel soit à un secrétariat téléphonique soit à une secrétaire qui est directement au cabinet. Les MG considèrent que le secrétariat joue un rôle essentiel et indispensable permettant un gain de temps et un confort de travail :

« J'ai un secrétariat téléphonique depuis 1 semaine car ce n'était plus gérable de faire des consultations avec le téléphone. Et quand je revenais des visites j'avais 15 messages, le temps de les écouter, de rappeler tout le monde je perdais une heure dans l'après midi. » MG 11

« On a une secrétaire formidable qui nous aide beaucoup, elle répond au téléphone, elle scanne les examens complémentaires, c'est très confortable. Secrétaire qui est d'ailleurs indispensable, elle est systématiquement remplacée même pour une demi journée» MG 2

« C'est un vrai bonheur depuis qu'on a le secrétariat téléphonique, avant c'était un cauchemar. » MG 4

La majorité des MG a un comptable mais elles font tout de même les comptes au jour le jour, les autres préfèrent faire la comptabilité elles mêmes mais reconnaissent que c'est chronophage.

➤ **Ressenti sur l'exercice actuel**

La grande majorité est satisfaite de ses conditions de travail actuelles.

« Je suis satisfaite de mes conditions d'exercice, je me sens plus sereine, je sais où je vais, j'ai des contraintes notamment administratives mais qu'on peut palier en s'organisant et qui valent largement la peine de s'installer » MG 10

Mais elles insistent sur le fait que si elles en sont satisfaites, c'est qu'elles ont dès le début voulu mettre des limites et imposer leurs choix :

« Et puis j'en suis contente parce que c'est moi qui ai choisi ce lieu, ces horaires ces conditions de travail me conviennent tout à fait. » MG 11

« C'est très bien, c'est encore une fois des choix dirigés, j'arrive à ce que je veux. » MG9

D'autres ont un discours beaucoup plus mitigé :

«C'est bien, quasiment tous les patients sont restés et j'ai des nouveaux patients mais je ne peux pas dire que je sois satisfaite car c'est très fatigant, il faut que je trouve un moyen de travailler dans d'autres conditions » MG 1

3) Etre femme, épouse, mère et médecin généraliste en libéral

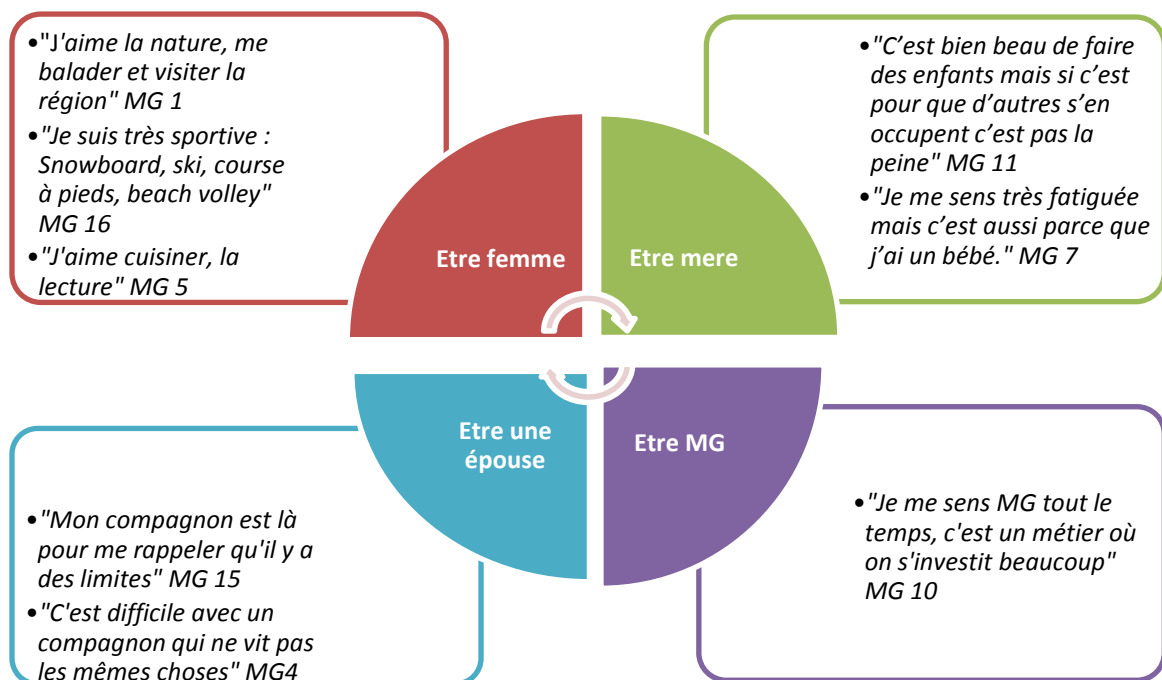


Figure 14 : Complexité des différents rôles de la MG

➤ La maternité : une étape clé

> Les MG avouent avoir été des internes zélées, mais leur dévouement à leur métier a changé notamment au moment où elles sont devenues maman :

« Quand on a la tête dans le guidon et qu'on sort de l'internat, on enchaîne le post internat on s'en rend pas forcément compte qu'on n'a plus de vie et finalement c'est mon congé maternité qui m'a sorti la tête de là et je me suis rendue compte que c'était pas ça la vraie vie ; mon congé mater m'a permis de me recentrer sur moi, sur ma famille et sur ce que je voulais réellement construire. » MG 11

« Ça m'a rendue malade de devoir m'arrêter pendant la grossesse, j'ai pleuré tous les jours pendant 15 jours, j'étais vraiment contrariée d'avoir laissé les patients. Le fait d'avoir un enfant ça a tout changé pour moi : je prends beaucoup plus de recul par rapport à mon métier et mes patients, je m'implique moins, ça ne veut pas dire que je les soigne moins bien mais tout simplement que d'un point de vue relationnel et émotionnel je m'implique moins personnellement. » MG 7


« Sans enfants j'étais une interne zélée j'arrivais tôt, je partais tard, je faisais mon boulot à fond mais là c'est important pour moi d'équilibrer dès le début avec le premier enfant. » MG 2

« Je m'interroge beaucoup car il va y avoir des changements dans ma vie personnelle avec l'arrivée du bébé. Pour le moment ça ne m'a jamais dérangé de finir tard mais ça ne va pas durer » MG 4

> Pouvoir continuer l'allaitement maternel même en reprenant son activité professionnelle est rarement cité comme :

« Depuis que je suis maman, j'essaie de finir plus tôt, de ne plus faire de visite la nuit ou le soir, je ne travaille plus le week end, je rentre aussi faire la pause déjeuner le midi, ce qui m'a permis de continuer à allaiter ma fille, ça tout le monde ne peut pas le faire » MG 15

➤ Les enfants et la vie de famille : une priorité



**Ma famille
passe avant
tout le reste**

MG 12

La majorité des MG interrogées ont au moins un enfant. La MG « mère » favorise la vie de famille et organise son temps de travail en fonction de cela : notamment pour aller chercher les enfants à l'école.

La majorité ne travaille pas le mercredi (ou alors la demi journée) pour s'occuper des enfants.

Et souvent, leur temps libre est quasiment entièrement consacré aux enfants :

« Le mercredi je ne travaille pas mais c'est une journée très remplie avec les activités des enfants, je passe ma journée à les emmener à la musique, à la piscine, au foot et à faire les allers-retours » MG 13

Il est important pour elles de s'occuper de leur(s) enfant(s) et de passer du temps avec eux :

« Je n'ai pas fait un enfant pour que les autres s'en occupent » MG 11

« C'est moi qui la récupère l'après midi, on fait plein de choses ensemble après : on va au parc, on fait la cuisine ensemble »MG 12

Libérer du temps pour sa famille est essentiel, certaines ont donc choisi d'arrêter de faire des gardes :

« Avant je prenais des gardes à la maison médicale mais j'ai arrêté depuis que j'ai eu ma fille » MG 12

➤ **Le rôle du conjoint**

Le conjoint joue un rôle important pour la plupart des MG : il travaille aussi et gagne également sa vie, cela permet d'avoir une activité professionnelle adaptée à leurs besoins avec la possibilité de travailler moins :

« J'ai un mari qui ramène aussi un salaire donc ça me laisse la liberté de travailler tranquillement comme je veux, je ne suis pas sensée tout ramener » MG 2

Ou se répartir les tâches et notamment pour les enfants :

« C'est mon mari qui dépose la petite le matin et moi qui la récupère l'après midi »
MG 12

A l'inverse d'autres couples ont choisi de ne garder que le revenu de la MG le papa s'occupant des enfants.

Le conjoint est également là pour rappeler aux MG de lever le pied :

« Il n'accepte plus que je fasse les visites à domicile le soir, il faut mettre le hola, pour préserver sa vie personnelle. » MG 15

Enfin, il est aussi le confident, celui avec qui les MG peuvent échanger sur leur travail, leurs difficultés rencontrées, ou encore répondre au téléphone le matin.

➤ Temps libre et loisirs

Les MG avouent avoir peu de temps libre, ou de temps à consacrer pour elles-mêmes.

Les MG célibataires profitent de leur temps libre pour faire du sport comme du jogging ou de la natation au moins une fois par semaine. Elles privilégient également les sorties entre amis ou en famille. Cependant, certaines avouent qu'elles ne s'accordent pas beaucoup de temps libre en dehors du travail, étant actuellement célibataires.

Les MG « mères » n'ont que très peu de temps pour elles voire pas du tout, ceci étant selon elles, lié à leur statut de maman et non pas celui de MG. Elles s'octroient quand même une séance de sport par semaine (gymnastique, jujitsu, natation).

J'y tiens, c'est mon petit moment détente à moi qui me permet de m'évader, de ne plus penser ni aux enfants, ni au boulot, et de garder la forme

MG 10

Enfin le reste du temps libre est consacré à des moments partagés en famille.

➤ Mettre des limites

✓ Une nécessité

Les MG sont conscientes que leur métier pourrait nuire au bien être de leur famille de par le temps consacré au travail mais aussi par la place qu'occupe le travail dans l'esprit. Certaines l'ont expérimenté pendant leur exercice antérieur et ne veulent plus que cela se reproduise :

« J'étais tout le temps au travail et même une fois à la maison, c'est comme si je n'y étais pas, j'étais là physiquement mais ma tête était ailleurs. Mon couple et ma fille en ont souffert » MG 11

D'autres ont en tête des exemples de confrères surmenés :

« Ici c'est l'hécatombe, y'en a un qui est parti en dépression, un qui a fait un infarctus, un autre qui a dévissé sa plaque du jour au lendemain » MG 2

« J'ai remplacé des médecins qui m'ont mise en garde : eux sont divorcés, et sont passés à côté de leurs enfants » MG 12

✓ **Se fixer des limites à soi même**

A la fois femmes, mères et épouses, elles souhaitent alors se protéger et préserver leur vie de famille. Elles font le choix de mettre des limites très rapidement au travail. En majorité, elles sont conscientes que leur travail dans lequel elles s'impliquent peut être envahissant.

Se mettre des limites signifie faire le choix d'avoir une activité volontairement limitée que ce soit en terme de journées travaillées notamment avec le mercredi de repos afin de s'occuper des enfants, mais aussi en terme de disponibilité pour les patients avec une réduction voire une absence de visites à domicile :

« On apprend à dire non. Au début je n'osais pas dire je ne ferais pas de visites et je n'aime pas ça, je déteste ça et pour plein de raisons qui ne dépendent que de moi. Et j'ai appris à dire dès le début. » MG 9

✓ **Mettre des limites aux patients / Eduquer les patients**

Mettre des limites aux patients dès le début est pour les MG fondamental pour débiter sur de bonnes bases, il faut les éduquer et leur donner dès le début les habitudes de fonctionnement:

« J'ai mis les limites dès le début, après on se fait bouffer, on donne des mauvaises habitudes aux patients, ils ne sont pas contents car le problème c'est que ce qu'on est capables de faire en période creuse, si on a dès le début donné l'habitude d'être disponible, ils ne vont pas comprendre pourquoi en période rouge ça ne marche plus. » MG 6

✓ **Proposer une alternative**

Toujours proposer aux patients une alternative lorsqu'il n'est pas possible de les recevoir :

« On croit qu'il faut qu'on prenne toutes les demandes mais on ne peut pas concrètement, alors on s'angoisse, et il ne faut pas. Encore une fois on n'est pas dans un désert médical, on prend ceux qu'on peut prendre, on essaie de trier et voilà. » MG 9

« Je laisse toujours un message sur le répondeur en donnant les autres alternatives » MG 12

➤ **Limites entre vie professionnelle et vie privée**

Bien que les MG mettent des limites dans leur travail, la limite entre vie professionnelle et privée n'est pas pour autant si claire.

En théorie, pour certaines, cette limite est claire et connue : il s'agit du téléphone portable qu'on éteint ou de la porte du cabinet que l'on referme derrière soi. Pourtant elles reconnaissent que la mise en pratique n'est pas si simple :

« J'éteins le portable donc certes je ne suis plus dérangée mais j'emmène les patients avec moi à la maison. Sans compter qu'une fois arrivée chez moi je fais la compta du cabinet » MG3

Pour la majorité d'entre elles, la limite est plus floue :

« Lorsque je quitte le cabinet j'aimerais tout laisser derrière moi. Mais c'est un métier où on s'investit beaucoup, on donne beaucoup de soi, et du coup, c'est difficile de mettre une limite aussi simple. Je ne peux pas m'empêcher de ramener aussi d'un peu de mon boulot à la maison car quand ça se passe bien, j'aime le partager mais aussi quand ça se passe moins bien, une mauvaise nouvelle, ça nous travaille et il faut l'évacuer aussi. » MG 12

« C'est une limite qui est très floue. Moi j'arrive pas à fermer la porte, et tout laisser derrière moi. C'est vrai que j'en ramène à la maison » MG 11

Même si il n'y a pas réellement de limite claire, elles l'acceptent ainsi :

« Y a pas de limite mais c'est parce qu'on est impliquée dans notre métier, ça ne veut pas dire qu'on délaisse le reste mais juste qu'on se sent toujours MG même à la maison, c'est plus qu'un simple métier. » MG4

➤ **Place du métier**

La majorité des MG conçoit que son métier occupe une place très importante dans sa vie sans être pour autant la première :

« Une très grande place mais ma famille passe avant tout » MG 13

« Une place centrale car demande beaucoup de temps et d'énergie mais ça n'est pas la première » MG 9

Quelques unes reconnaissent que le métier est bel et bien au centre de leur vie :

« 80% et donc centrale mais c'est parce que je suis célibataire mais je vais changer ça ! » MG 3

« 80% en terme de temps, et dans la tête bien 60%. Ça me convient, j'aimerais avoir quand même plus de temps libre. » MG 15

« Toute la place, je travaille beaucoup. J'espère que ça évolue pour trouver un équilibre » MG 1.

4) Ressenti sur le métier de médecin généraliste installé en libéral

➤ Point de vue des MG

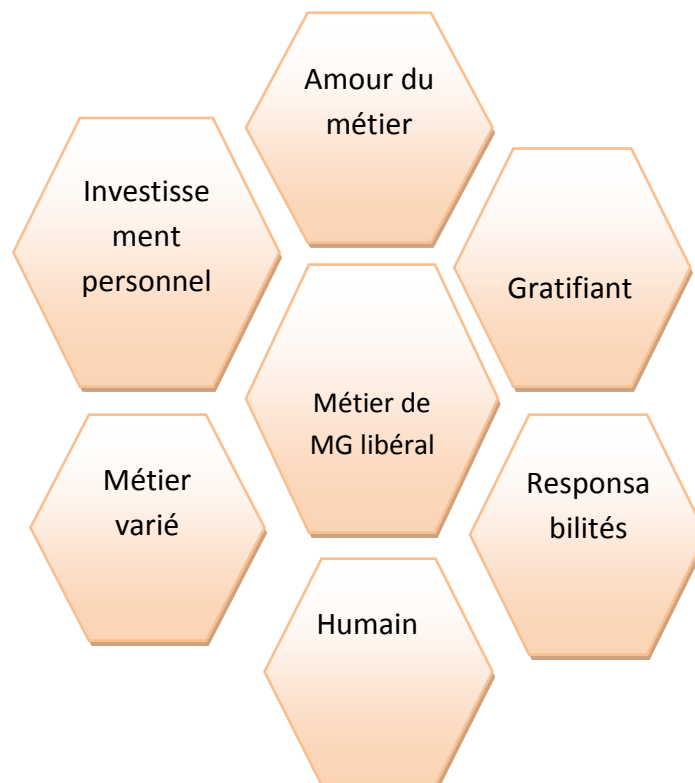


Figure 15 : Les différentes facettes du métier de MG

Les MG aiment avant tout leur métier qu'elles considèrent comme un beau métier.

« J'adore, je trouve que c'est un très beau métier, on a un très beau contact avec les patients » MG 10

« C'est un métier d'écoute de partage, avec beaucoup de relations humaines, c'est beau » MG 11

C'est aussi un métier qui est très enrichissant d'un point de vue connaissances, les MG sont amenées à voir des situations complexes et variées et qui donne la possibilité d'orienter sa patientèle en fonction de ses centres d'intérêt :

« Je suis très contente d'être médecin généraliste, on a beaucoup de choses à apprendre encore, c'est intéressant, très riche, passionnant. » MG 16

« Il me paraît suffisamment riche et varié pour ne pas m'ennuyer » MG 2

« Il n'y a pas 2 consultations qui se ressemblent » MG 12

« Je fais beaucoup de pédiatrie parce que j'aime ça et j'oriente mes horaires pour avoir des jeunes actifs » MG 9

Le côté humain de la profession par la relation médecin malade et le contact avec les gens est très apprécié par les MG :

« On a quand même le sentiment de faire une médecine plus proche des gens, plus humaine » MG 1

« On prend le temps de parler d'autre chose et de connaître le patient dans sa globalité, la relation humaine est plus riche. » MG 3

La satisfaction personnelle est d'avoir un métier pas seulement alimentaire, et qui permet également beaucoup d'épanouissement personnel à soigner les gens.

« Je m'épanouis dans mon métier, j'aime beaucoup la relation qu'on a avec le patient, leur venir en aide, les soigner et les écouter. » MG 15

« C'est super, aujourd'hui je fais un métier que j'aime, j'ai un contact avec les patients, j'ai des bons retours, ça c'est très agréable, c'est gratifiant et valorisant et ça donne envie de continuer » MG 10

« J'adore ce que je fais, je m'y sens bien. Je trouve que c'est un métier épanouissant. Et ça c'est important, on passe quand même 1/3 de notre vie au travail ! » MG 12

« Les gens choisissent de venir nous voir. Et ça c'est très gratifiant et valorisant. Ça fait plaisir d'avoir de bons retours. » MG 12

« Soigner des gens et les voir mieux ensuite c'est agréable, ça apporte une satisfaction personnelle. » MG 10

En revanche, c'est un métier qui demande avant tout beaucoup d'investissement personnel tant au niveau de la formation qu'au niveau de la pratique quotidienne :

« C'est un métier dans lequel on s'investit beaucoup mais c'est parce qu'on l'aime ce métier, je pense que ce n'est pas possible de le faire si tu ne l'aimes pas » MG 12

« De longues études aussi, beaucoup de travail, beaucoup de sacrifices » MG 11

Enfin, c'est un métier où les responsabilités nombreuses peuvent générer de la fatigue et du stress.

➤ **Comportement des patients**

Le statut de MG est perçu de façon très variable selon les patients. La majorité d'entre eux est très respectueuse mais les MG soulignent le fait que certains patients sont de plus en plus agressifs et exigeants.

« Ceux qui ont la CMU et qui croient que tant qu'ils nous donnent la carte vitale et qu'on est donc payé, ils peuvent nous demander tout et n'importe quoi » MG 10

« Il y en a toujours qui te prennent pour un épicier et ça, c'est pénible » MG 5

Les patients sont plus revendicateurs envers les MG et mettent quelquefois en doute les compétences des MG :

« Avec internet les gens font des recherches avant de venir te voir, c'est pénible, il faut toujours négocier pour qu'ils prennent le traitement pour qu'ils fassent les examens, parce qu'ils ne veulent pas comme c'est écrit sur internet.. » MG 7

D'autres MG en revanche, soulignent que la majorité des patients est quand même reconnaissante :

« Ils me disent merci, m'amènent le reste de la famille, c'est un signe de confiance et de reconnaissance » MG 13

Et que la médiatisation des scandales liés aux médicaments ou des arnaques à la sécurité sociale contribuent à donner une mauvaise image de la profession aux patients :

« Ils mélangent tout et mettent tous les médecins dans le même sac, c'est énervant, ils te disent ça alors qu'ils viennent quand même te voir en consultation, ça n'a pas de sens » MG 15

« C'est bien d'être informé mais on raconte aussi n'importe quoi à la télé entre les scandales liés aux médicaments, les médecins qui volent la sécu, enfin le patient a du mal à y voir clair » MG 7

➤ **MG : un métier avant tout**

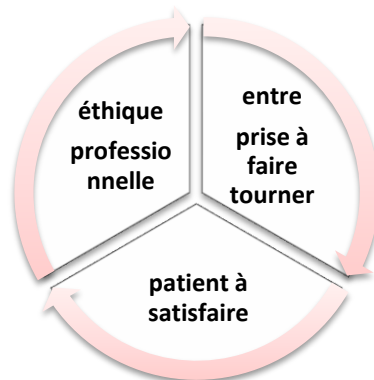
✓ **Le côté commercial : une entreprise à faire tourner et à gérer**

Etre MG reste un métier et procure donc un revenu à la fin du mois. Certaines regrettent ce côté commercial qui vient entacher la relation entre le MG et les patients et entre médecins :

« La relation entre médecins est elle aussi parasitée par l'argent, quand je suis arrivée j'ai senti des réticences de la part des confrères, j'ai eu ce genre de réflexions concernant la légitimité de mon exercice étant déjà retraitée » MG 5

D'autres au contraire assument le côté commercial de la profession et ne comprennent pas que cette facette du métier ne soit pas abordée plus tôt notamment lors des études:

« Pendant les études on ne parle pas du salaire, c'est tabou, non non on ne fait pas la médecine pour l'argent. Bah si, c'est mon métier, ça reste mon gagne pain. » MG 9



Cette notion financière met quelques fois les MG dans une situation où elles sont partagées entre ce que leur éthique professionnelle leur dicte de faire et le patient à satisfaire pour qu'il revienne :

« C'est le côté business, ça m'arrive de prescrire contre ce que j'estime juste car il veut son antibio donc on adapte, je lui dis de ne le prendre que si, mais je sais bien qu'il va le prendre tout de suite. » MG 10

✓ Revenus

La majorité des MG sont satisfaites de leurs revenus même si certaines émettent des réserves et ont le sentiment d'être mal payées :

« On a beau ne pas faire ce métier pour l'argent, c'est un peu frustrant de voir qu'au final on va moins gagner qu'un spécialiste ou qu'un plombier » MG 12

« Je pense qu'on est sous payé, par rapport aux autres spécialités, par rapport aux autres pays : quand on reçoit des étrangers et qu'on leur donne le tarif de la consultation ils sont morts de rire. » MG 9

➤ Qualité de vie

<p>Bonne voire excellente MG entièrement satisfaites</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai envie de dire excellente, j'adore mon boulot, j'ai du temps pour ma famille, financièrement on est bien assis » MG 10 • « Très bonne, j'arrive à concilier ma vie de maman, d'épouse, de femme et de médecin » MG 14
<p>Avis partagé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • « Pas mal mais trop de stress pour moi » MG 5 • "Elle est bonne mais peut être pas à la hauteur de l'investissement personnel » MG 9 • "Bonne mais j'aimerais courir moins même si je sais que c'est le quotidien de toute maman qui travaille » MG 13
<p>MG insatisfaites</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Il faut l'améliorer et que je pense plus à moi, je ne peux pas dire que je sois satisfaite actuellement" MG 15 • "Je suis fatiguée de travailler comme ça, il faut que je trouve un équilibre pour avoir une bonne qualité de vie" MG1

Par ailleurs leur qualité de vie est bien meilleure depuis qu'elles sont installées en libéral :

« Déjà personnellement je me sens mieux, et que financièrement ça marche bien. C'est plus confortable que ce soit affectivement, personnellement, financièrement. » MG 11

5) Besoins et attentes des MG : comment améliorer les conditions de travail des MG ?

Besoins identifiés	Propositions	Remise en question de la proposition
Aide à la gestion du non médical	<p>- Secrétaire sur place <i>« Je pense que l'idéal serait d'avoir une secrétaire à plein temps »</i>MG 8</p>	<p><i>« La secrétaire sur place n'est pas indispensable, un secrétariat téléphonique suffit et coûte moins cher »</i> MG 10</p>
	<p><i>« C'est sûr que ça serait mieux avec une secrétaire qui réponde au téléphone et qui m'aide pour l'administratif aussi »</i> MG 5</p>	<p><i>« Mais je n'ai pas assez d'activité pour prendre une secrétaire »</i> MG 5</p>
	<p>-secrétariat téléphonique <i>« Je pense que je vais prendre un secrétariat téléphonique car ce n'est plus gérable d'être tout le temps dérangée pendant les consultations »</i> MG 8</p>	<p><i>« Avant on avait un secrétariat téléphonique et on a arrêté car les patients se plaignaient de ne pas pouvoir les joindre ! et donc on a arrêté. On gère très bien tous seuls »</i> MG 14</p>
	<p>- enseignement spécifique pour la gestion du côté commercial et du côté administratif au cours des études <i>« Ceux qui sont en dentaire ont des cours sur la gestion du côté argent »</i> MG 9 <i>« Il y a des démarches que je ne sais toujours pas faire »</i> MG 10</p>	
	<p>- moins de papiers/dossiers à remplir</p>	<p><i>« C'est déjà mieux depuis qu'on peut faire les ALD, et les arrêts via AMELI »</i> MG 12</p>

<p>Valorisation du métier</p>	<p>- augmenter le prix de la consultation <i>« C'est pas normal qu'on gagne moins qu'un spécialiste qui garde les patients 5 minutes par consultation »</i> MG 3</p> <p>- revaloriser le prix des visites : <i>« C'est très fatigant et chronophage par rapport aux consultations au cabinet, c'est pas normal qu'il y ait que 10 euros de plus »</i> MG 14</p> <p>- enseignement spécifique de la médecine générale en tant que spécialité au cours de l'externat <i>« A la fac, on ne connaît pas vraiment le métier de MG et ceux qui sont en médecine générale sont considérés comme moins bons que les autres »</i> MG 12</p>	<p><i>« Je ne suis pas sûre que ce soit la solution d'être payée comme les spécialistes, le problème c'est l'image de la profession véhiculée par les pouvoirs publics: que soi disant on s'en met plein les poches »</i> MG 8</p>
<p>Limiter la charge de travail</p>	<p>- Prendre un collaborateur pour optimiser l'offre de soins proposée aux patients <i>« On est 3 et on a chacun 1 jour de repos par semaine, on pourrait prendre un collaborateur »</i> MG 10</p>	<p><i>« Mais les associés ne veulent pas partager leurs bureaux »</i> MG 10</p>
<p>Formation médicale continue</p>	<p>- plus de FMC <i>« L'an dernier on avait droit à 8 journées, maintenant c'est tombé à 2 »</i> MG 3</p>	<p><i>« Je n'ai déjà pas le temps de lire mes Prescrire alors encore moins de me rendre aux différentes formations »</i> MG 12</p>
<p>Travailler de façon plus sereine</p>	<p>- Rendez vous sur consultations uniquement <i>« Les demi journées sans rendez vous sont fatigantes et c'est stressant de travailler avec une salle d'attente pleine »</i> MG 13</p> <p>- faire moins de visites à domicile <i>« Les visites représentent ¼ de mon activité, c'est épuisant »</i> MG 14</p>	<p><i>« Mais le cabinet a ses habitudes de fonctionnement »</i> MG 13</p> <p><i>« Mais je ne sais pas comment faire pour développer l'activité au cabinet »</i> MG 14</p>
<p>Congé maternité</p>	<p>- meilleure prise en charge des femmes en congé maternité <i>« Y'a un énorme manque à gagner et du coup on ne peut pas s'arrêter 6 mois... »</i> MG 11</p>	

6) Bilan de l'expérience en tant que médecin libéral, quels conseils en tirer pour les futures générations ?

➤ Bilan de l'installation et de ses impacts sur la vie personnelle : un succès

La grande majorité des MG dresse un bilan très positif depuis leur installation et ne regrette pas du tout l'installation en cabinet libéral.

Bilan positif

- *"Bilan parfaitement positif sur tous les plans : personnel, professionnel, familial" MG 11*
- *"Je ne regrette pas du tout de m'être installée, je le referais si c'était à refaire" MG 12*
- *"Depuis que je suis installée, je suis devenue une autre personne, plus épanouie, plus sereine, et ça s'en ressent sur ma vie personnelle et au boulot je suis moins stressée donc bilan plus que positif" MG 10*

Bilan plus controversé

- *"Autant positif que négatif, bien sûr j'adore mon métier, la relation avec les patients mais pour le moment beaucoup trop de travail, là je peux je suis célibataire et sans enfants mais ça va pas durer" MG 1*
- *"Vous m'auriez posé la question au début j'aurais dit positif. Mais je nuance ce bilan car pas mal de choses qui me contrarient, je ne regrette pas l'installation mais si c'était à refaire, je ne m'installerais pas seule c'est sûr" MG 5*

➤ **Conseils pour les futures générations : 2 points essentiels pour réussir une installation**

Faire des remplacements	Avoir ses exigences et fixer des limites dès le début
<p>« Il faut remplacer pour savoir ce qu'on veut, ce qu'on ne veut pas, c'est une bonne idée, ca jamais, de tester un peu chez les autres. » MG 2</p>	<p>« On peut se permettre d'avoir des exigences (horaires, orientation patientèle, lieu) car on arrive sur le marché du travail à une époque propice : il y a plus de demandes que d'offres et quelque soit le lieu d'installation, il y aura toujours du travail » MG9</p>
<p>« Commencer par des remplacements est indispensable pour avoir une idée de ce qu'on veut et pouvoir construire quelque chose à son image » MG 12</p>	<p>«il faut se forcer à se ménager même si au début c'est passionnant, on a envie de continuer à donner, à s'investir, il ne faut pas d'oublier. » MG 4</p>
	<p>« Se mettre des limites à soi même à ne pas dépasser pour se préserver sa vie privée et des limites aux patients pour ne pas de laisser envahir » MG 6</p>

D'après les MG, le premier point primordial pour réussir sont installation dans les meilleures conditions est de commencer son activité en faisant beaucoup de remplacements ce qui permet de voir différents types de fonctionnement possibles et de se donner une idée de ce qui nous correspondrait le mieux pour pouvoir au final trouver ou créer le cabinet qui sera à notre image.

Le deuxième point essentiel est de mettre des limites que ce soit dans les horaires, dans la disponibilité avec les patients dès le début pour avoir une qualité de vie correcte et éviter tout burn out.

Au total, la moitié recommanderait l'installation en libéral à une jeune consoeur :

« Exercer en cabinet, au contact direct des patients c'est super, tu vois de tout, tu es le médecin de famille, c'est pour moi la meilleure façon de mettre à profit nos études et en plus c'est super épanouissant » MG 12

➤ Perspectives d'avenir professionnel

<p>Sont confiantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Les patients y en aura toujours, il suffit de venir, visser sa plaque et travailler" MG 2 • "Ça tourne bien maintenant, y'a pas de raison que ça ne continue pas, surtout avec les départs à la retraite de prévu, on en aura toujours du boulot" MG 10
<p>Ont un avis partagé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Je sais que j'aurais toujours du travail mais c'est là le problème je ne sais pas si je vais tenir le rythme" MG 1 • "Je ne sais pas ce que ça va donner avec le tiers payant généralisé, c'est vraiment n'importe quoi, je suis archi contre, on a l'impression de ne pas être entendus par les pouvoirs publics" MG 9
<p>Ne sont pas confiantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • "Je pensais faire ce métier toute ma vie et finalement je me dis que je vais sûrement arrêter à un moment, en face du cabinet ils sont en train de monter une maison de santé alors qu'on n'est pas dans un désert médical, on n'a même pas été concertés" MG 13 • "J'ai l'impression que la médecine de ville n'a pas d'avenir. En tant que MG installée depuis 3 ans je vois que les autorités n'agissent pas pour favoriser l'installation des jeunes c'est trop compliqué les démarches, le manque de valorisation" MG 5

4. DISCUSSION

❖ *Forces et faiblesses du travail*

1. Validité interne de l'étude

1) Choix du qualitatif et guide d'entretien

Le choix d'une étude qualitative a permis de recueillir le ressenti des femmes MG et de mettre en avant leur expérience personnelle à travers leurs témoignages.

Un questionnaire comportant des questions quantitatives a été intégré afin de bien qualifier notre population étudiée. Les MG ont été informées du déroulement de l'entretien à savoir débiter dans un premier temps avec des questions fermées permettant de récolter des données démographiques et socio professionnelles et continuer avec des questions plus ouvertes afin de les laisser s'exprimer sur les différents thèmes abordés.

Le guide d'entretien a été construit à partir d'autres travaux de thèses puis testé sur deux chefs de clinique et n'a pas été modifié dans un premier temps, étant parfaitement intelligible par les deux personnes. Il a été enrichi au fur et à mesure des entretiens comme autorisé dans ce type d'étude avec les nouvelles idées émanant des MG interrogées. Les questions suivaient un ordre que j'avais choisi selon les différents thèmes abordés mais j'ai bien entendu veillé à respecter le discours des MG et adapté l'ordre des questions selon leurs réponses. Garder la trame du guide d'entretien en main même si son contenu avait été mémorisé a permis de ne pas s'écarter du sujet.

Certaines de mes questions de relance ayant pu induire les réponses, lorsque ces réponses ont été repérées, je les ai retirées de l'analyse finale.

2) Recrutement de la population et biais de sélection

Le choix de la population à étudier a été fait compte tenu des chiffres actuels qui montrent une féminisation de la médecine générale : au niveau national les femmes représentent 43 % de l'effectif. Elles devraient être majoritaires en 2017 (1).

Dans les Alpes Maritimes 40% des MG sont des femmes et ce pourcentage atteint 54 % de la population des moins de 40 ans (2).

La scolarité de la faculté de Nice nous donne des chiffres qui confirment cette tendance : aujourd'hui les trois promotions de médecine générale (DES 1, DES 2 et DES 3) comptent respectivement 53 %, 60 % et 56 % de femmes.

La population recrutée pour notre étude est diverse par son mode d'exercice (seule / en groupe) ; cependant, seules deux MG interrogées sont installées en milieu semi urbain et aucune des MG interrogées n'exerçait en milieu rural. On peut penser que les résultats ont pu être biaisés par le fait que la grande majorité des MG recrutées sont installées en ville alors que les conditions d'exercice en semi rural et rural d'une part et en ville d'autre part mettent en jeu des problématiques différentes. Toutefois, le mode d'installation des MG dans les Alpes Maritimes est dans la majorité des cas en milieu urbain.

Par ailleurs l'intégration d'une des MG à l'étude peut être discutée : en effet MG 5 (âgée de 56 ans) ne correspond pas au profil recherché ici à savoir de jeunes médecins auxquelles les internes d'aujourd'hui pourraient s'identifier même si parmi les critères d'inclusion ne figurait pas un âge limite. Je n'avais pas du tout pensé à cette éventualité là avant de rencontrer MG 5. Celle-ci m'a tout de suite dit par téléphone répondre à tous les critères sauf à celui de « jeune ». Cependant, j'ai pensé qu'il pourrait être intéressant de recueillir son point de vue bien que n'étant plus « jeune » car son expérience de médecin généraliste installée date bien de moins de 5 ans comme l'indiquait un des critères d'inclusion de l'étude et que son point de vue à ce sujet peut également être différent des MG plus jeune de part son expérience de vie. De plus, son expérience en tant que salariée de l'armée étant assez atypique, cela a attisé ma curiosité et j'avais donc choisi de la rencontrer puis de l'inclure à ma population.

3) Choix de l'interviewer : biais d'interprétation

C'est moi-même qui ai mené les entretiens. Je n'avais aucune expérience dans la réalisation d'entretien semi dirigé mais mon implication et ma connaissance de mon sujet m'ont permis au fil des entretiens d'acquérir une expérience et une assurance qui ont facilité les entretiens ultérieurs. Le déroulement des derniers entretiens a été d'ailleurs beaucoup plus fluide que pour le premier réalisé.

4) Recueil de données

- Difficultés identifiées du côté de l'interviewer

La difficulté que j'ai ressentie est de laisser s'exprimer la personne sans intervenir par exemple lorsqu'elle évoquait une idée qui m'intéressait. Je ne pouvais l'interrompre car la spécificité de ce type d'étude est justement de recueillir de façon la plus spontanée possible le témoignage des personnes de notre population. Mais d'un autre côté, je craignais de perdre l'idée en route, dans la mesure où pour favoriser le discours, j'ai choisi de ne pas prendre de notes pendant les entretiens.

- Environnement et horaire de l'entretien

Le choix du lieu et de l'heure était laissé aux MG. Une d'entre elles a choisi de me recevoir chez elle alors que toutes les autres m'ont reçue à leur cabinet. Laisser le choix du lieu permet à la personne interrogée de se sentir en confiance dans son propre environnement. Toutes les MG avaient prévu une plage horaire de trente minutes minimum à ma demande, afin d'être sûre de pouvoir parler sans avoir la pression des patients qui attendent.

- Attitudes durant l'entretien

La position adoptée par les MG pendant les entretiens était la même qu'avec un patient, je jouais moi-même le rôle du patient. J'ai toujours été invitée à m'asseoir de l'autre côté du bureau par les MG. J'ai trouvé cela au début un peu inadapté pour parler et échanger mais sans oser pour autant demander à changer la disposition des chaises. Finalement je me suis vite rendue compte qu'être assise derrière leur bureau était extrêmement rassurant pour les MG qui étaient en « position de force » et étaient alors en mesure de partager en toute confiance leurs points de vue et leurs ressentis. Leurs attitudes traduisaient d'ailleurs leur aisance à se confier : assises sur leur chaise sans être avachies, les mains posées sur le bureau ou sur les cuisses sans jamais être croisées. Elles ont toutes montré de l'intérêt à mon travail et se sont à chaque fois personnellement impliquées avec l'utilisation du « je » et en donnant des exemples concrets les concernant malgré la grande disparité de la durée des entretiens (allant de 17 minutes à 40 minutes).

- saturation d'idées

Le nombre d'entretiens était suffisant pour explorer les différents thèmes correspondant au sujet ce qui a permis d'arriver à la saturation des données (de nouvelles idées n'émergeaient plus des entretiens) et ainsi, de s'assurer que les principales idées avaient été enregistrées.

5) Analyse des données

Par manque de moyen, je n'ai pas pu faire vérifier par les MG l'analyse qui avait été réalisée, de même, il n'y a pas eu de triangulation de l'analyse par une autre personne.

2. Validité externe de l'étude

Je n'ai pas trouvé dans la littérature d'autre étude qualitative abordant le même thème. F-X Schwyer fait une synthèse des sondages d'opinion et des recherches faites sur les attentes et projets professionnels des jeunes MG dans sa contribution à l'ONDPS de 2006 : Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale (9).

❖ *A propos des résultats*

➤ **Les données quantitatives**

27 MG ont été contactées par téléphone parmi lesquelles 5 MG n'ont pas donné suite après deux relances téléphoniques et messages laissés à leurs secrétaires, 2 MG ont répondu ne pas avoir de temps à me consacrer et 2 MG n'avaient pas une activité de médecine générale.

18 MG ont donné leur accord pour participer à l'étude mais au total 16 entretiens ont été menés : 1 MG malgré son intérêt pour l'étude était installée dans son cabinet depuis moins d'un mois et j'ai préféré ne pas l'inclure à notre population et 1 MG n'a finalement pas pu se rendre disponible pour me recevoir.

La moyenne d'âge de notre population est de 35 ans et assez homogène. Toutes les MG ont entre 28 ans et 38 ans sauf MG 5 qui est âgée de 56 ans.

La durée moyenne d'installation est de 26 mois bien qu'elle soit très dispersée allant de 2 mois pour deux des MG à 5 ans pour une des MG. D'autre part la durée moyenne entre la fin des études et l'installation est inférieure à 2 ans pour 11 MG, ce qui montre une volonté de se fixer rapidement (8) et tout particulièrement pour 6 d'entre elles installées depuis à peine un an après l'obtention du diplôme. Ici je n'ai volontairement pas fait de distinction entre la soutenance de la thèse, la fin des stages d'internat et la validation du DES par souci de synthèse. Etait pris en compte pour la fin des études la validation du DES (les dates de soutenance de thèses et de fin de stage étant souvent antérieures).

Deux des MG interrogées ont suivi un cursus à l'étranger en l'occurrence en Roumanie. Ceci confirme bien la tendance observée au niveau national : 27% des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins sont titulaires d'un diplôme étranger et parmi ces médecins, 28% sont originaires de Roumanie (3).

Les données quantitatives recueillies ont été nombreuses mais ont peu d'intérêt pour une étude qualitative.

➤ **L'analyse des entretiens**

Faire des remplacements, identifier clairement ses exigences professionnelles et les faire valoir dans un contexte actuel favorable à l'installation, fixer des limites aux patients et un cadre précis à son exercice professionnel permettent aux MG femmes installées depuis moins de cinq ans dans les Alpes Maritimes de concilier vie professionnelle et vie privée. Elles sont satisfaites de leur qualité de vie et conseillent même ce type d'exercice de la profession.

1) Les expériences professionnelles antérieures facilitent un choix d'installation correspondant aux attentes

Les stages effectués chez le praticien jouent un rôle important sur les souhaits d'installation (10, 11). Ils permettent aux internes de découvrir la médecine générale en libéral et de se forger une image du métier de MG. Ils s'aperçoivent alors qu'exercer en tant que MG en libéral est totalement différent de la médecine enseignée à l'hôpital avec une relation médecin malade privilégiée, un suivi du patient et un exercice très varié. Mais ce sont surtout les remplacements effectués lors du début de l'activité professionnelle qui permettent de mûrir son choix et d'orienter ses choix d'installation (lieu, mode d'exercice en groupe / seule) (10, 12). Les MG de notre étude ont souligné le rôle déterminant des remplacements dans le choix de l'installation avec la possibilité d'essayer des modes d'exercice autant variés que différents et ont alors peu à peu une idée concrète de leur propre vision de la médecine générale et de la façon dont elles souhaitent l'exercer.

Ces expériences permettent également de se confronter à la réalité de l'exercice libéral et de sa gestion des contraintes administratives qui en découlent. Et bien souvent, il s'agit là du principal frein à l'installation des MG en libéral (4, 10, 11).

Les remplacements sont considérés par les MG comme une période de transition entre un statut d'étudiant et une installation dans la vie active et familiale(8). D'ailleurs, en s'installant, nos MG interrogées recherchent avant tout une activité professionnelle stable et régulière avec une volonté de « se poser » et de trouver un équilibre entre le métier et la vie de famille.

2) Différentes modalités d'exercice libéral et une organisation modulable selon ses propres souhaits permettent à la majorité des MG d'être satisfaites de leur métier

L'installation ou la recherche du bon compromis

- ✓ L'émergence d'un nouveau modèle professionnel

Les jeunes MG de notre étude ont pour souci de maîtriser leur temps de travail et son organisation afin de prétendre à une bonne qualité de vie qui se traduit par le fait d'avoir du temps libre. Elles précisent que cela n'entache en rien leur implication dans leur métier. Au contraire, une fois les limites et le cadre posés, les MG sont plus sereines aussi bien dans leur vie privée que dans leur métier. Elles se sentent plus épanouies à la fois sur un plan

professionnel et personnel et se disent ainsi plus disponibles pour leurs familles lorsqu'elles sont à la maison, mais aussi pour leurs patients lorsqu'elles sont au cabinet. Aujourd'hui, cela est possible grâce à un modèle de couple de doubles actifs dans lequel les 2 conjoints travaillent et participent aux revenus du ménage. Avoir un conjoint qui travaille permet ainsi aux MG femmes de limiter volontairement leur temps de travail et de l'adapter à leur rôle de mères (13, 14).

✓ La décision de l'installation

Elle est évidente pour certaines MG, mais pour la majorité, c'est l'insatisfaction procurée par les remplacements ou l'exercice à l'hôpital qui a motivé l'installation. Souvent, il s'agit aussi d'une question d'opportunité (10). Un rapport de l'ONDPS (14) signale que les étudiants de médecine d'aujourd'hui n'ont pas réellement de projet professionnel, leurs choix s'effectuant au fur et à mesure de l'avancée dans les études et sous l'influence des stages chez le praticien, le milieu familial et social, le milieu de formation et le choix du conjoint. Les installations relèvent pour beaucoup d'opportunités.

On constate que les MG ne se sont installées qu'une fois qu'elles avaient trouvé un endroit leur garantissant la possibilité de travailler selon leurs propres idées et avec leurs exigences qui ont été mises en évidence grâce aux remplacements. En qualité de remplaçantes, les MG ont été amenées à travailler dans de nombreux cabinets libéraux différents leur permettant d'avoir un aperçu des différents types d'exercice (10). Elles ont alors pu en connaissance de cause, déterminer quels seraient leurs choix en matière de mode d'installation, milieu d'installation, horaires de travail etc... mais pour d'autres, c'était aussi une question d'opportunité, elles ne cherchaient pas forcément à s'installer et ont profité d'une proposition qui leur correspondait, en particulier la possibilité de travailler dans un cabinet à proximité du domicile.

✓ Le choix d'un mode d'exercice libéral traduit une volonté de liberté et d'autonomie

Après avoir étudié et exercé dans un milieu strictement hospitalier, l'installation est un moyen d'exercer en toute autonomie et en toute liberté avec la volonté d'être son propre chef selon certaines MG. D'autres études confirment que le choix de l'exercice en libéral est une réponse à la volonté de ne plus exercer en structure. Les MG revendiquent leur autonomie et leur liberté d'exercice contrairement au salariat qui impose un travail dicté par une hiérarchie.(10)

✓ Le souhait de concilier l'activité professionnelle et la vie privée

Cela se traduit dans notre étude par la volonté de limiter l'activité professionnelle avec notamment au moins un jour de congé par semaine (souvent le mercredi) destiné à la prise en charge des enfants. Il s'agit donc de travailler autrement pour préserver sa vie privée (9).

3) Il est possible de concilier la vie professionnelle d'un MG avec sa vie de femme, d'épouse et de mère et d'avoir du temps libre et ceci en posant certaines limites

- ✓ Un choix de couple

Le choix du lieu de l'installation dépend de l'activité professionnelle du conjoint notamment si celui-ci est salarié et ne peut donc pas choisir son lieu d'exercice. C'est donc un choix de couple qui est fait de façon à satisfaire deux projets professionnels (9).

- ✓ La qualité de vie intègre le travail

L'exercice en libéral que ce soit en association ou seul satisfait avant tout les MG par l'absence de hiérarchie, laquelle était plus ou moins bien supportée par les MG durant leurs études (10). Enfin, il permet surtout pour ces MG passionnées d'exercer un métier à leur image et qui leur ressemble ce qui n'était pas possible ni pendant les remplacements, ni lorsqu'elles étaient salariées (11). L'image que nos MG femmes ont de la médecine générale est celle d'une médecine de famille, humaine, proche des patients avec lesquels de concrets liens sont tissés.

- ✓ Le souhait d'une organisation du travail maîtrisé

Les MG revendiquent en début de carrière de fixer des limites afin de préserver leurs familles et leur vie privée. Elles aiment leur métier et en sont très satisfaites, cependant, elles ne se déchargent pas de leurs obligations parentales et familiales. Au contraire, pour elles, le bien être de leurs familles est au centre des préoccupations (4, 10, 11, 13). Ainsi, leur vie professionnelle s'organise en fonction de la vie de famille et non l'inverse afin de préserver leur vie privée. La MG se met des limites à elle-même au point de vue professionnel et met des limites dans son travail et en particulier aux patients. Ainsi, les MG interrogées disent ne pas vouloir être dérangées pendant qu'elles passent du temps avec leurs proches.

Deux facteurs ont sans doute aidé nos MG à « dire non aux patients » en termes de disponibilité. D'une part la présence d'un conjoint et notamment d'un conjoint qui travaille est importante pour nos jeunes MG. En effet, elles savent qu'elles ne représentent pas le seul revenu du ménage et ont donc moins de difficultés à aménager leurs temps de travail et donc limiter leur activité pour libérer du temps consacré en particulier aux enfants. D'autre part, « dire non » aux patients et en particulier ne pas répondre à toutes les demandes de consultation est possible dans une région où l'offre médicale est importante (maisons médicales, SOS médecins, urgences ...) (1).

✓ La charge mentale du travail de généraliste

Les MG de notre étude insistent sur le fait que la limite entre la vie professionnelle et la vie privée est souvent floue, qu'il leur est difficile d'oublier le travail lorsqu'elles sont à la maison. Les études ont montré que c'est souvent, cette situation qui amène au fameux burn out des MG (5, 6, 7) qui n'arrivent plus à se préserver et se laissent envahir par leur métier.

Pour nos MG femmes, leur métier occupe une place centrale dans leur vie sans pour autant prendre la 1^{ère} place. Il contribue à leur épanouissement professionnel mais aussi personnel, elles avouent dans la mesure où elles se sentent bien dans leur travail, être plus présentes, plus disponibles pour leurs familles. Et donc étant épanouies dans leurs vies, elles sont aussi plus détendues et moins stressées au travail.

✓ Travailler en groupe ou seule ?

Les MG souhaitent être autonomes mais pas forcément seules. D'ailleurs l'exercice en groupe est le mode d'exercice le plus plébiscité dans notre étude. Travailler avec au moins un autre médecin généraliste ou avec d'autres professionnels paramédicaux au sein du cabinet est rassurant pour la jeune MG qui s'installe. Par ailleurs, elles évoquent la possibilité de travailler dans des conditions plus confortables avec le partage des charges (locaux plus spacieux, secrétaire). Cela marque une tendance : dans les années 90, 52 % des MG s'installaient encore seuls (15), alors qu'aujourd'hui les médecins ne veulent plus exercer seuls (16). Ils souhaitent pouvoir bénéficier d'un avis collégial sur les situations les plus complexes et s'inscrire collectivement dans une démarche permanente d'évaluation des pratiques professionnelles. D'autre part, ils souhaitent partager les contraintes de la continuité et de la permanence des soins. Enfin, ils souhaitent mutualiser les coûts de leur installation (17).

Le statut de collaborateur est pour certaines une bonne alternative pour débiter un exercice en libéral. Il a été créé afin de diversifier les aides à l'installation (18, 19).

✓ La charge de travail ne se décide pas, elle peut même dans certains cas être subie

Quelquefois, les MG installées seules, sont contraintes au début de leur activité libérale d'avoir des horaires larges afin de « se faire une patientèle ». D'autre part les habitudes de fonctionnement des cabinets de groupe obligent les MG à se conformer aussi à des horaires et modes de fonctionnement qui ne leur conviennent pas totalement (consultations sans rendez-vous). Malgré tout, le cabinet de groupe reste aux yeux des MG le mode d'exercice garantissant un maximum de confort (14).

4) Des attentes pour améliorer les conditions de travail : propositions et perspectives

Bien que les jeunes MG installées dressent un bilan plus que positif de leur installation et la conseilleraient aussi à leurs jeunes consoeurs, elles ont cependant des attentes et besoins qui permettraient d'améliorer leurs conditions de travail. Ces attentes vont dans le même sens que les freins connus à l'installation des internes en libéral : trop de démarches administratives liées à l'installation, côté non médical à gérer trop important, manque de reconnaissance des pouvoirs publics (4, 20).

✓ La revalorisation du métier

Elles attendent une reconnaissance passant notamment par une revalorisation du prix des consultations et des visites et par un enseignement plus adapté et spécifique de la médecine générale durant le cursus des études médicales pour revaloriser la médecine générale auprès des étudiants au même titre que les autres spécialités (20).

D'un point de vue légal, depuis trois ans, seuls deux stages hospitaliers sont obligatoires au cours de l'internat de médecine générale (urgences et médecine adulte). Le développement de stages ambulatoires supplémentaires est une piste à explorer, notamment en gynécologie-pédiatrie pour se former à sa pratique future. Le Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de Nice interviewé à ce sujet, nous signale que les difficultés à cette formation idéale viennent des difficultés de recrutement de maîtres de stage des universités, médecins généralistes, et du blocage syndical actuel des pédiatres libéraux pour accueillir les internes de médecine générale tant qu'ils ne pourront accueillir des internes de pédiatrie.

✓ Avoir moins de charges administratives / L'aide à la gestion du non médical

Les MG consacrent entre 4 et 6 heures de travail administratif hebdomadaire (22). Les MG souhaiteraient pouvoir déléguer ces tâches ou qu'elles soient simplifiées.

Elles souhaitent aussi voir apparaître des cours concernant la gestion du versant non médical de la profession (comptabilité, démarches administratives) auxquelles elles n'ont pas été préparées (21). Pourtant, un séminaire sur l'installation est organisé par le DERMG mais uniquement il est vrai, sur un mode facultatif. Le programme serait peut être à adapter.

✓ Perspectives d'avenir professionnel

La plupart des MG sont confiantes en leur avenir professionnel. D'autres émettent des réserves à cause des politiques de santé engagées telles que les projets de maison de santé qui iraient plutôt dans le bon sens ce qui n'est pas le cas s'il y a la généralisation du tiers payant et craignent que de telles mesures mettent en danger l'avenir de la médecine générale libérale.

➤ Deux cas à part

Dans cette étude deux MG se distinguent par leurs points de vue assez négatifs par rapport au reste des MG interrogées : MG1 et MG5. Elles ne sont globalement pas satisfaites de leur situation à cause du stress et de la charge de travail.

Pour MG 5, on peut éventuellement l'expliquer par le fait qu'elle n'avait connu pendant vingt cinq ans qu'un exercice salarié au sein de l'armée. C'est la recherche d'une relation de qualité médecin malade et notamment la notion de relation de confiance qui l'a poussée à s'installer et elle en est satisfaite de ce côté là. Elle n'avait pas mesuré le poids des contraintes liées à un exercice en libéral comme la gestion de l'argent, la gestion des papiers administratifs. N'ayant jamais fait de remplacements avant de se lancer dans la reprise d'un cabinet elle a découvert au fur et à mesure toutes ces contraintes qui gâchent selon elle le métier. D'ailleurs elle ne cache pas que si c'était à refaire, elle « ne le referait sûrement pas ou alors pas toute seule ».

MG 1 est un jeune médecin tout juste arrivée de Roumanie où elle avait travaillé en tant qu'urgentiste pendant un an. Elle n'avait jamais eu de contact avec la médecine de proximité que ce soit à travers des stages ou des remplacements. Elle reconnaît beaucoup aimer son travail mais qu'elle se sent perdue, et qu'elle ne sait pas comment faire pour être moins submergée dans son cabinet où elle exerce seule en succédant à un MG parti à la retraite.

5. CONCLUSION

A notre époque, concilier la vie de mère, femme et épouse est possible lorsque l'on est MG libéral. Etre une femme peut même être un atout de taille : les femmes mettent un point d'honneur à préserver leur famille. Elles sont conscientes que le travail de MG peut potentiellement nuire à leur bien être personnel et à celui de leur famille mais elles ont élaboré et mis en place de véritables garde fous afin de se préserver et de préserver leur vie privée, tout en exerçant un métier qui les satisfait complètement. D'ailleurs, elles déclarent être loin du burn out souvent à l'origine des cessations d'activité précoces dans les générations plus anciennes.

Elles ont su faire du métier de généraliste libéral un métier dans lequel stabilité, régularité et vie de famille riment avec passion et épanouissement personnel. La tendance est à l'installation en groupe qui permet des conditions de travail plus confortables.

Celles-ci pourraient être améliorées avec une revalorisation du métier (avec une augmentation du prix des consultations et des visites à domicile, un enseignement spécifique de la médecine générale) et une aide à la gestion du versant non médical par la présence d'une secrétaire, la mise en place d'un enseignement spécifique lié à la gestion d'un cabinet libéral ou une simplification des démarches administratives.

L'image du médecin de famille disponible 24h/24h, dévoué corps et âmes à ses patients et qui n'a pas de vie en dehors de son travail est loin et laisse place à une nouvelle médecine de proximité, dans laquelle coexistent en parité, offre de soins de qualité, travail de groupe et en réseau.

6. RESUME

Contexte. La démographie médicale est un sujet d'actualité préoccupant notamment avec le nombre de médecins généralistes en exercice qui tend à diminuer. Parallèlement à ce phénomène, la profession se féminise. A la faculté de Médecine de Nice, le nombre d'internes en médecine générale à former ne cesse d'augmenter et a doublé en 5 ans. Comment prévoir si ces futurs médecins généralistes qui sont en majorité des femmes, choisiront d'exercer en cabinet libéral plutôt qu'en tant que salariées de structures ou encore en tant que remplaçantes ?

Objectif. Analyser le ressenti des jeunes femmes médecins généralistes installées depuis moins de cinq ans sur leurs conditions de vie et d'exercice.

Méthode. Etude qualitative par entretiens semi dirigés de février à mars 2014 avec des femmes médecins généralistes des Alpes Maritimes, transcription et analyse thématique du verbatim.

Résultats. Seize femmes généralistes ont été interrogées. La grande majorité exerce en milieu urbain, souvent en cabinet de groupe. Elles exercent un métier passionnant dans lequel elles s'impliquent et s'épanouissent. Elles sont conscientes que le métier peut très vite devenir envahissant et s'organisent dès le début de leur activité afin de travailler dans des conditions permettant à la fois d'avoir un confort de travail et de préserver leurs vies de famille. Elles sont globalement satisfaites de leurs qualités de vie actuelles. Elles attendent d'être aidées dans la gestion du versant non médical et une valorisation du métier.

Discussion. L'image du médecin généraliste submergé de travail, dévoué corps et âmes à ses patients et au bord du burn out est loin. La nouvelle génération de généralistes récemment installés est constituée de jeunes femmes qui ont su faire de leur statut de femme, mère et épouse un atout : elles sont libres, indépendantes, épanouies dans leurs vies professionnelles et privées.

Mots clefs : Médecine générale, Femmes, Installation, Alpes Maritimes, Etude qualitative, Entretiens semi dirigés, Conditions de vie, Conditions d'exercice, 2014

7. REFERENCES

- (1) LE BRETON-LEROUVILLOIS G, ROMESTAING P. atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013. Tome 1. Paris : CNOM 2013
- (2) LE BRETON LEROUVILLOIS G, RAULT J-F, La démographie médicale en région PACA. Situation en 2013. CNOM
- (3) LE BRETON-LEROUVILLOIS G, ROMESTAING P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2012. Tome 1. Paris : CNOM 2012
- (4) BARIL Nicolas, Les freins à l'installation rapide des étudiants en médecine générale, Thèse de médecine, Nantes. 2012
- (5) FAILLE Aurélien, Etude descriptive de la population des médecins généralistes libéraux du Nord Pas de Calais et prévalence du burn out, Thèse de médecine. Lille 2012
- (6) MANEGLIA Benjamin, De la lassitude au burn out de médecin généraliste : étude qualitative par la méthode du focus group, Thèse de médecine. Lyon 2011
- (7) GUERIN Delphine, le burn out des médecins généralistes en Picardie, Thèse de médecine, Amiens, 2010.
- (8) KAUFMANN J.C., L'entretien compréhensif, 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2007, 128 p
- (9) SCHWEYER F-X, Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale, Contribution rapport ONDPS 2006
- (10) DECORDE Augustin, Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin, Thèse de médecine, Grenoble 2011
- (11) LECOUSTEY Maud, Propositions sur l'installation des internes, Association des Internes de Médecine Générale de Rennes, 2012
- (12) ROBELET M., LAPEYRE N., ZOLESIO E., Les Pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, note de synthèse pour le CNOM, janvier 2006
- (13) PICHON Marie, Etre mère et médecin généraliste : est ce compatible ? Thèse médecine. Nancy. 2007
- (14) Observatoire National Des Professions de Santé, Le rapport annuel de l'ONDPS, 2006-2007, Tome 1 médecine générale. Paris, 2008

(15) BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES. Questions d'économie de santé ; n°157. Septembre 2010.

(16) LEGMAN M, Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale, 2010 pour le CNOM

(17) LAI KING Nathalie, Qualité de vie en médecine générale, étude comparative entre cabinet de groupe : enquête réalisée auprès de médecins généralistes installés en Gironde. Bordeaux. 2010

(18) DESCOURS C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de la santé sur le territoire. Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Juin 2003

(19) BERLAND Y. Rapport de la commission « démographie médicale » au ministère de la santé et des solidarités. Avril 2005

(20) BOYLOUD-GHIDOSI Céline, La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble : entre attentes et réalité. Thèse de médecine. Grenoble. 2011

(21) MICHEAU J, MOLIERE E. L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES. Dossiers Solidarité et Santé ; n° 15. 2010.

8. ANNEXES

ANNEXE 1 : LETTRE D INTRODUCTION REMISE AUX MG AU DEBUT DES ENTRETIENS

Je suis actuellement médecin remplaçante non thésée et la question de l'installation m'a souvent traversé l'esprit : pourquoi s'installer en ville avec contraintes administratives, logistiques, un emploi du temps chargé alors que l'on peut gagner sa vie correctement en travaillant peu et en gardant une liberté dans son planning ? Comment concilier une vie de famille avec un métier aussi prenant ?

Souvent j'ai regretté ne pas connaître des jeunes femmes qui ont quelques années d'expérience de plus, installées avec qui je pourrai partager mes craintes, mes doutes. Le stage chez le praticien nous aide dans cette démarche, nous avons un premier vrai aperçu de ce qu'est la médecine générale en libéral. Malheureusement pour les jeunes internes femmes comme moi (qui constituent la grande majorité des promotions), il est difficile de s'identifier à un homme de la cinquantaine et de se projeter à sa place.

L'objectif principal de notre étude de recueillir et d'analyser votre ressenti sur vos conditions de vie et d'exercice libéral. L'objectif secondaire est de déterminer quelles sont les propositions trouvées pour améliorer ces conditions et les conseils utiles pour les futurs médecins.

J'espère que ce travail aidera les internes d'aujourd'hui à mieux comprendre en quoi consiste le métier et les orienter dans cette direction, et d'autre part il pourra peut être déclencher des vocations chez les externes.

Je m'adresse donc à vous pour réaliser mes entretiens semi dirigés. Ces derniers seront enregistrés et complètement anonymes. Votre participation ainsi que votre témoignage sont indispensables pour les résultats de l'étude.

Merci infiniment pour votre disponibilité et votre participation.

Melle Vo Stéphanie

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE QUANTITATIF**1) MODE DE VIE**

Quel âge avez-vous ?

Quelle est votre situation maritale ?

Avez-vous des enfants ?

Comment occupez vous votre temps libre ? Quelles activités sportives, culturelles, associatives pratiquez vous ?

2) MODE D EXERCICE

En quelle année avez-vous été diplômée ? Quelle a été votre activité avant l'installation ?

Depuis quand êtes vous installée ?

Quel type d'activité médicale avez-vous ?

Quels sont vos horaires ?

Travaillez-vous seule ?

Avez-vous un secrétariat (sur place, téléphonique) ?

Êtes-vous informatisée ? Qui fait la comptabilité ?

Participez-vous à un tour de garde ?

ANNEXE 3 : GUIDE D ENTRETIEN

RESSENTI SUR L INSTALLATION ET L EXERCICE EN CABINET LIBERAL

Qu'attendiez-vous de l'installation ? Quelles craintes ou doutes avez-vous eus avant l'installation ?

Qu'est ce qui vous a poussé à vous installer ?

Comment s'est déroulée votre installation ? Dans quelles circonstances ? Pouvez-vous préciser ?

Que pensez-vous du fonctionnement actuel du cabinet ? Que pensez vous de vos conditions de travail (horaires, patientèle, lieu, environnement) ?

Comment cela se passe en pratique pour les vacances ?

Selon vous, comment pourrait-on améliorer vos conditions de travail ? Qu'aimeriez-vous changer dans le fonctionnement du cabinet ?

RESSENTI SUR LE METIER DE MEDECIN GENERALISTE LIBERAL

Que pensez-vous de votre métier ? quel est votre sentiment, votre opinion concernant votre métier ?

Que pensez-vous de votre statut de médecin généraliste ?

Comment décririez-vous votre métier à une personne qui ne vous connaît pas et qui ne connaît pas votre métier ?

Quelle place occupe votre métier dans votre vie ?

Quels conseils donneriez-vous aux jeunes femmes actuellement interne en médecine générale ?

RESSENTI SUR LA VIE PERSONNELLE DEPUIS L INSTALLATION EN LIBERAL

Comment vous sentez vous depuis que vous êtes installée en cabinet ? Qu'est ce que ca a changé dans votre vie ?

Que pensez-vous de votre qualité de vie ?

Où se situe la limite entre votre vie privée et votre vie personnelle ?

Quel bilan faites-vous de ces dernières années depuis votre installation ?

CONCLUSION

Avez-vous des choses à ajouter ? Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?