Participation à l'adéquation entre besoins médicaux et offre de soins : influence des motivations personnelles sur le choix professionnel selon les futurs médecins généralistes : étude qualitative auprès de 17 internes en médecine générale

Antoine Ospital

▶ **To cite this version:**

Antoine Ospital. Participation à l'adéquation entre besoins médicaux et offre de soins : influence des motivations personnelles sur le choix professionnel selon les futurs médecins généralistes : étude qualitative auprès de 17 internes en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01265561

HAL Id: dumas-01265561

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01265561

Submitted on 1 Feb 2016

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 Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 Thèse n° 183

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par Antoine Jean-Baptiste OSPITAL
Né le 11 Juillet 1986 à Bayonne (64)
Le 17 décembre 2015

Participation à l'adéquation entre besoins médicaux et offre de soins

INFLUENCE DES MOTIVATIONS PERSONNELLES SUR LE CHOIX PROFESSIONNEL SELON LES FUTURS MEDECINS GENERALISTES :

Étude qualitative auprès de 17 internes en médecine générale

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA

Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY	Président du Jury
Monsieur le Docteur Christophe ADAM	Rapporteur
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA	Directeur de thèse
Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL	Juge
Madame le Docteur Joanne JENN	Juge

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, c'est avec émotion que je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce projet.

À Monsieur le Professeur Bernard GAY,
Professeur de Médecine Générale à l'Université de Bordeaux, médecin généraliste à La Réole, qui me fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,
MCU associé de Médecine Générale, médecin généraliste, addictologue à Bordeaux qui me fait l'honneur de diriger cette thèse.
Merci pour la confiance que vous m'avez accordé en acceptant d'encadrer ce travail doctoral. Vos conseils, votre disponibilité permanente, m'ont permis de mener à bout et au mieux ce projet. L'intérêt que vous avez porté à ce travail a été une motivation de tous les instants. J'espère avoir été digne de votre confiance et que cette étude est à la hauteur de vos espérances.
Veuillez trouver par cette thèse le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

À Monsieur le Docteur Christophe ADAM,
MCU associé de Médecine Générale, médecin généraliste à Bordeaux, qui m'a fait l'honneur d'être le rapporteur de ce travail. Merci d'avoir pris le temps de relire ma thèse. Vous avez, dès la fiche de projet, participé à son élaboration et contribué à améliorer la qualité de ma thèse. Vous m'avez guidé pour qu'elle s'inscrive dans le cadre d'une problématique très actuelle de notre profession. Pour tout cela je vous remercie et je vous en suis très reconnaissant.

À Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL,
MCU associée de Médecine Générale, médecin généraliste à Bordeaux, qui me fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

À Madame le Docteur Joanne JENN,
Praticien Hospitalier au pôle de gérontologie au CHU Xavier Arnozan, qui me fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Tu m'as vu devenir un médecin, tu m'as accompagné lors de mon premier et mon dernier semestre d'internat. Tes conseils, ta gentillesse, ta patience, ta vision de la médecine et du patient sont autant de choses qui me permettent d'être enfin arrivé à ce grand jour. Ce sont autant de choses qui me permettent d'être le médecin que je suis devenu. Je n'oublierai jamais ces années de formation et de compagnonnage. Merci pour tout. Avec toute mon amitié.

Au Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux qui a accepté de promouvoir mon travail.

Aux dix-sept internes ayant participé à mon étude. Évidemment, sans vous, ce travail n'aurait pas été possible. Merci pour le temps que vous m'avez consacré. J'en ai autant appris sur moi que sur vous. Je vous souhaite à tous bonne route. Merci.

À toutes les équipes soignantes des services dans lesquels j'ai pu travailler, et en particulier les Docteurs DECAMPS, CRESSOT et FOUCAUD au SSR 1 et 2 et les Docteurs LEFORESTIER, VALDENAIRE et JAMMES aux Urgences de Pellegrin.

À Jenny, mon épouse, ma chérie,
Cela fait bientôt 10 ans que nous nous soutenons, que nous traversons les bonheurs et les peines ensemble. Sans toi, je ne serais pas arrivé jusqu'à ce jour. Tu m'as montré l'importance de la rigueur. À deux, tout est plus simple, et ce travail n'aurait pas été possible sans toi.
Merci pour ton soutien pendant toute cette année qui n'a pas été facile, ni pour toi, ni pour moi. Ta réussite est exemplaire, je t'admire pour cela.
Merci d'être là, toujours et encore, près de moi.Tu es ma plus belle réussite, tu as changé ma vie, tu m'as apporté le plus grand trésor.
Je crois que nous avons encore des tas d'aventures qui nous attendent ! Pas de répit !
Je t'aime.

À Raphaël, mon fils,
Tu es un sourire permanent, tu bonifies les moments heureux, tu embellis les heures plus difficiles. Tu ne nous apportes que du bonheur, pas de nuage. Tout ce que je fais, je le fais aussi pour toi.
Je t'aime.

À mes parents,
Pour votre soutien sans faille, dans tous les choix que j'ai fait, que vous soyez d'accord ou pas. Vous n'avez cessé de m'accompagner, sans jamais me juger.
Maman, tu as toujours été présente, dans les petites comme dans les grandes détresses. Tu nous as consacré tant d'énergie... Je ne te remercierai jamais assez pour cela.
Papa, tu es un modèle, par ta passion, ta générosité. Je t'admire pour tout ce que tu as réalisé, ta réussite sur tous les plans, tout en restant le plus simple des pères.
Je sais que vous êtes là, toujours.
Je vous embrasse tendrement.

À ma grand-mère,
Malgré la distance, tu as suivi de près toutes les étapes de ma vie et participé à ta façon à mes années d'études. Je n'ai jamais eu le ventre vide ! Merci de ton soutien et de ta présence réconfortante.

À mes frères,
Vous avez toujours veillé sur moi, j'ai été gâté comme aucun petit frère ne peut l'être. Malgré la décennie qui nous sépare, nous sommes complices, et je vous ramène plus à mon niveau que vous ne m'élevez au vôtre ! Je vous admire, merci pour tout.

À mes belles-soeurs,
Vous avez le courage de supporter mes frères, je sais que je peux aussi compter sur vous. Merci pour vos sourires, vos encouragements, vous êtes un peu mes grandes sœurs...

À Vincent, mon ami,
Je suis peu loquace quand il s'agit de parler sérieusement, mais j'ai toujours pu compter sur toi. Ces années ont été plus simples à traverser avec ton amitié. Je pense aussi très fort à toi en ces instants douloureux pour toi et ta famille. Merci d'être là.

Aux Doigts Dans la R'prise (et leurs orteils !),
Ces études sont passées plus rapidement grâce à vous et la musique. Vous avez toujours pardonné certaines absences et répondu présent quand j'étais enfin là. Je sais que je pourrai toujours compter sur vous. Merci.

À mes anciens co-internes,
Jamais il n'y a eu de faute de goût en stage. Vous avez tous été sensationnels, jamais mon internat n'a été triste et difficile à vivre. Et je n'oublierai personne ! Merci donc à Christelle, Bastien, Sandra, Magaly, Marine (SSR 1), Jeremy P., Éloïse, Charlène, Amaury, Cécile, Fanny, Julie, Myriam (Urgences Pellegrin), Tarik, François (Médecine Interne A à Robert Picqué), Izarne, Sophie et Jérémy G. (SSR 1, la tournée d'adieu!). Dr Kobeh, je ne t'oublie pas !

À tous mes amis, qui se reconnaîtront et qui m'excuseront de ne pas les citer nommément !

Et bien sûr, une pensée émue à tous ceux dont l'absence est difficile dans ces moments de joie : Mamie Coco, Pépé, Papi et Jean-Baptiste.

Encore un grand merci à tous pour m'avoir conduit à ce jour mémorable.

Je dédie cette thèse à Jenny et Raphaël...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....2

SOMMAIRE.....6

INDEX DES TABLEAUX.....10

LISTE DES ABREVIATIONS.....11

INTRODUCTION.....12

JUSTIFICATION.....14

I. LA MEDECINE GENERALE, DU GENERALISTE AU SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE.....14

II. UNE DEMOGRAPHIE DECLINANTE, UNE SPECIALITE POLYMORPHE.....15

2.1. Évolution démographique depuis 50 ans

2.2. Des projections à moyen et long terme pessimistes pour la médecine générale

2.3. Situation actuelle des jeunes généralistes au sein de la spécialité

2.3.1. Mode d'exercice à la première inscription

2.3.2. Les nouveaux inscrits libéraux

2.3.3. Les remplaçants

2.4. Une population spécifique : les médecins à exercice particulier

III. ETUDES SUR LES ASPIRATIONS DES INTERNES.....22

3.1. Sur le plan professionnel

3.2. Sur le pan personnel

IV. ETUDES SOCIOLOGIQUES DES JEUNES GENERALISTES.....23

4.1. Des facteurs structurels favorisant la multiplicité des exercices

4.2. Pour quelles aspirations ?

4.3. Les caractéristiques de la féminisation

4.3.1. La féminisation tend à modifier les pratiques et les exercices...

4.3.2. … mais les aspirations ne seraient pas différentes en fonction du genre chez le généraliste

4.4. Les origines et l'environnement social modifient les aspirations et les projets

V. REVUE DES THESES SUR LE SUJET.....28

VI. QUESTION DE RECHERCHE.....31
VII. OBJECTIFS.....31

MATERIEL ET METHODE.....32

I. SCHEMA DE L'ETUDE.....32
II. POPULATION CONCERNEE.....32
2.1. Critères d'inclusion
2.2. Critères de non inclusion
2.3. Échantillonnage
III. LA GRILLE D'ENTRETIEN.....33
3.1. Construction de la grille d'entretien
3.2. Les thèmes
IV. LA REALISATION DE L'ENTRETIEN.....35
4.1. Mise en place et modalités pratiques
4.2. Les outils pour mener l'entretien
4.2.1. Le modèle transthéorique de changement
4.2.2. La balance décisionnelle
4.2.3. L'entretien motivationnel
V. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES.....38
5.1. Transcription des entretiens
5.2. Codage des entretiens
VI. PROCEDURES REGLEMENTAIRES.....38

RESULTATS.....39

I. RESULTATS QUANTITATIFS.....39
1.1. L'échantillon
1.2. Les entretiens
II. RESULTATS QUALITATIFS.....42
2.1. Motivations personnelles
2.1.1. La famille
2.1.2. Les facteurs géographiques
2.1.3 La vie sociale

2.1.4. L'environnement et le capital social
2.1.5. Les autres valeurs
2.2 Motivations professionnelles
2.2.1. L'utilité sociale
2.2.2. La relation aux patients
2.2.3. Le travail en groupe
2.2.4. La création d'une entreprise
2.2.5. Les revenus
2.2.6. Des motivations d'ordre pratique aussi
2.3. Le projet professionnel
2.3.1. Degré d'engagement dans un projet professionnel
2.3.2. Compatibilité du projet professionnel avec les valeurs des internes

DISCUSSION.....68

I. LES PRINCIPAUX RESULTATS.....68
II. LES LIMITES DE L'ETUDE.....69
2.1. Le schéma de l'étude
2.2. L'investigateur
2.3. La réalisation des entretiens
2.4. Le contexte de l'étude
2.5. L'analyse des données
III. LES FORCES DE L'ETUDE.....71
3.1. La méthode
3.2. La grille d'entretien
3.3. Le recrutement.....72
IV. ANALYSE DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE.....73
4.1. « La qualité de vie », une expression qui peut cacher certaines contraintes
4.1.1. La bi-activité du couple
4.1.2. Les enfants
4.1.3. Des situations dépendantes des ressources familiales et du capital social
4.2. L'exercice, nécessaire pour se réaliser, avec des modalités précises
4.2.1. Une activité professionnelle nécessaire à l'épanouissement personnel
4.2.2. Une évolution vers l'exercice en groupe

4.2.3. Un exercice délesté de « paperasse » dans l'idéal
4.2.4. Une contrainte géographique : le plateau technique
4.3. Une conciliation des valeurs et un épanouissement personnel possible, sur un projet préparé en amont
4.3.1. La médecine générale n'est pas un choix par défaut
4.3.2. Les remplacements, le prolongement des études, le lien avec la stabilisation
4.3.3. L'exercice libéral, un exercice épanouissant malgré les contraintes
V. PERSPECTIVES.....80

CONCLUSION.....82

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....83

ANNEXES.....88
Annexe 1 : Grille d'entretien
Annexe 2 : Exemple de verbatim décomposé en indices de signification

SERMENT D'HIPPOCRATE.....102

RESUME.....103

INDEX DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques personnelles des internes

Tableau II : Caractéristiques principales du projet professionnel envisagé

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CREDES : Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MEP : Mode d'Exercice Particulier

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

WONCA : World Organisation of National College Associations

INTRODUCTION

La médecine générale et ses champs d'application se sont précisés lors des 50 dernières années. Elle est officiellement devenue une spécialité médicale à part entière, sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées (DES), au même titre que la cardiologie ou la neurologie par exemple (1, 2). Le rôle du médecin généraliste est de même bien défini par les lois récentes, s'articulant autour de la prévention et des soins primaires en ambulatoire (3).
Cependant, le diplôme ouvre la voie à de nombreux modes d'exercices, parfois très éloignés de l'image que nous avons du médecin généraliste (4). Les étudiants en fin de cursus ne se tournent pas forcément vers la médecine générale comme médecine de soins primaires ambulatoires, dont le mode d'exercice dominant en France est l'exercice libéral. Un titulaire du DES de médecine générale n'est généraliste exclusif que dans un peu plus d'un cas sur deux. Et la pratique de la médecine générale libérale de proximité évolue aussi dans le même temps (4, 5).

Cela concourt aux difficultés démographiques actuelles et à leur constat : il n'y a pas autant de généralistes de proximité en France que de généralistes recensés au Tableau de l'Ordre des Médecins (4–6). Il est difficile de faire une photographie territoriale précise des médecins traitants. De plus, l'offre de soins est aussi modifiée sur le plan qualitatif par les mutations de l'exercice libéral, pour ceux qui choisissent cette voie (7).
Pourquoi alors ces étudiants, qui se sont engagés dans une filière spécifique, aux enseignements axés sur la médecine générale de proximité, optent pour une voie différente en fin de cursus ? Et pourquoi organisent-ils leur activité libérale différemment lorsque celle-ci est finalement choisie ?

De nombreuses études s'intéressant aux raisons professionnelles favorisant de tels choix existent. Les difficultés administratives, la crainte d'un exercice isolé, l'absence de cadre sur l'emploi du temps au détriment de la vie familiale sont, entre autres, des raisons évoquées de manière récurrente. Cependant, les motivations personnelles, touchant au contexte social de l'individu - travail du conjoint, rémunération du couple, partage des tâches familiales - ne sont que trop rarement évoquées et analysées. La sociologie s'y emploie souvent *a posteriori* (8). L'étude de l'impact des facteurs personnels sur le projet professionnel des étudiants en fin de cursus peut nous amener à évoquer de nouvelles pistes devant la problématique du déclin démographique en cours de la profession (4, 6, 9–16). En outre, elle prendrait en compte les spécificités de la population actuelle des jeunes généralistes pouvant expliquer le recul et les mutations du mode d'exercice "Médecin de famille de proximité" libéral, toujours érigé en modèle.

Dans ce contexte, il nous a paru intéressant de répondre à la question de recherche suivante :
« Quelle est l'influence des motivations personnelles sur le choix professionnel des futurs médecins généralistes ? ».

JUSTIFICATION

I. LA MEDECINE GENERALE, DU GENERALISTE AU SPECIALISTE EN MEDECINE GENERALE

Les sociétés savantes de 80 pays réunies dans la WONCA (World Organisation of National College Associations) ont défini, en 2002, la médecine générale (17): « *c'est une discipline scientifique et universitaire avec son propre contenu d'enseignement, sa recherche, ses niveaux de preuve et sa pratique* ». Elle est reconnue au niveau national par un diplôme d'études spécialisées comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires depuis la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (1) et organisée comme telle par un décret du 16 janvier 2004 (2).

Cependant cette reconnaissance fut longue à venir après le schisme induit par les ordonnances Debré de 1958 (18). Elles créaient alors les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), consacrant la formation des médecins sur un mode hospitalo-centré. Quelques démarches isolées ont tenté ensuite de promouvoir la médecine générale, avec la faculté de Bobigny en pointe : stage praticien dès 1972, 3ème cycle expérimental. En parallèle, entre 1973 et 1977 se créaient les premières sociétés savantes de médecine générale et le premier syndicat mono-catégoriel (8).
Malgré ces initiatives, le fossé s'est à nouveau creusé en 1982 avec la réforme de l'internat. La formation universitaire différenciait alors les internes (de spécialité) des résidents (de médecine générale) (19).

Depuis, les efforts pour promouvoir la médecine générale ont été constants. Successivement sont apparus le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (1983), les premiers maîtres de conférences associés (1991), les Départements de Médecine Générale, le stage chez le praticien obligatoire (1997) (8), jusqu'à la proclamation en tant que spécialité médicale en 2002 (1).
La mue s'est terminée sur le plan législatif en 2008 avec la reconnaissance d'une véritable filière universitaire via la loi relative aux personnels enseignants de médecine générale (20).

Enfin, la création du statut de médecin traitant a permis une mise en avant de son rôle dans le système de soins français. Depuis 2004, tout assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus doit indiquer le nom d'un médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de ce dernier. Ceci dans un souci de coordination de soins (21). Son rôle a été clairement consacré dans la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009, comme acteur d'une médecine de premier recours et devant « *contribuer à*

l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé » (3).

II. UNE DEMOGRAPHIE DECLINANTE, UNE SPECIALITE POLYMORPHE

Depuis 9 ans, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) tient un atlas précis de la démographie médicale. Ce dernier est mis à jour chaque année.
Nous sommes actuellement dans une période de diminution du nombre de praticiens. La baisse des effectifs des médecins généralistes s'élève à 7,3% entre 2007 et 2015. On comptait 89 788 médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2015 (6) contre 96 889 en 2007 (9). Dans l'Atlas 2015, le CNOM prend le parti de comptabiliser les généralistes de premier recours comme ceux étant à activité libérale ou mixte. La chute est alors plus marquée, avec des effectifs passant de 64 778 en 2007 à 58 101 en 2015, soit une baisse de 10,3% sur la période (6). En Aquitaine, la baisse est un peu moins importante, de l'ordre de 9,6%.
A noter que depuis 2007 a débuté l'inscription au Tableau des Spécialistes en Médecine Générale titulaires du Diplôme d'Études Spécialisées.

2.1. Évolution démographique depuis 50 ans

Globalement, les années 2000 ont marqué un tassement des effectifs médicaux dans leur ensemble, après des années de croissance (4, 6, 9–15). Avant de débattre des problèmes démographiques actuels, les médecins dénonçaient à l'inverse une pléthore médicale (22). C'est ainsi que fut introduit en 1971 le *numerus clausus,* à l'entrée de la formation. Dans le même sens, à la sortie des carrières, de 1988 jusqu'au début des années 2000, l'Assurance Maladie payait les médecins afin qu'ils arrêtent de travailler, via le Mécanisme Incitatif de Cessation d'Activité (MICA) (23).
Lors de l'instauration du concours, et jusqu'en 1978, 8500 étudiants entraient tous les ans en faculté de médecine. Ceci, combiné aux entrées précédentes, a permis entre 1968 et 1978 l'entrée de près de 100 000 futurs médecins dans les Universités. Cette génération a commencé dans les années 2000 à partir à la retraite, à raison de 8 000 départs par an en moyenne (22).

Ces départs n'ont donc pas été compensés par les nouveaux arrivants, le numerus clausus ayant été réduit progressivement jusqu'en 1992 où seulement 3500 étudiants ont passé la barrière du concours de première année. Il y a donc une part liée à l'instauration du *numerus clausus* dans l'essoufflement de la démographie médicale.

2.2. Des projections à moyen et long terme pessimistes pour la médecine générale

Les projections à moyen terme prévoient une poursuite de la diminution des effectifs jusqu'en 2020 (4). Le chiffre avancé est de 86 203 médecins généralistes en activité régulière dans 5 ans. Les généralistes à activité libérale ou mixte ne seront alors plus que 54 179 (6).
A l'inverse, la part des spécialistes non généralistes a augmenté de 6,1% entre 2007 et 2014, passant de 79 494 à 84 335, et cette tendance devrait se confirmer jusqu'en 2020 où les projections nous amènent à 88 158 spécialistes non généralistes. L'augmentation des effectifs vaut aussi pour les chirurgiens sur la même période (+6,7%).
Globalement, le nombre d'actifs est stable depuis 9 ans (+1,2%, mais en baisse constante depuis 2010) quand le nombre de retraités croît de manière spectaculaire (+75,2%) (6). Les sorties ne sont actuellement pas compensées par les entrées, et ce jusqu'en 2020 (16).
La dernière édition note par ailleurs dans ses tendances principales une augmentation du nombre de remplaçants actifs (+ 1,6%), une poursuite de la féminisation (+1%) (4), phénomène décrit depuis plusieurs années (9–15).

Un rapport de la Direction de la Recherche, des Études, et de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2009 se projette à plus long terme. Partant du postulat que les politiques actuelles mettent environ 15 ans à montrer leurs effets sur le plan de la démographie médicale, les projections du document portent jusqu'en 2030 (16). Ce scénario est appelé *tendanciel* car il repose sur le fait que les comportements des jeunes médecins vont rester les mêmes. Il nous montre que la population médicale sera paritaire en 2022, avant d'être fortement féminisée en 2030 avec 53,8% de femmes, 56,4% chez les généralistes.
Sous l'hypothèse d'un *numerus clausus* maintenu à 8000 étudiants par an, après une baisse jusqu'en 2020 (4, 16), les effectifs devraient à peu près revenir à leur niveau actuel en 2030. Cependant, la population française va croître dans le même temps de 10%, entraînant ainsi une baisse de la densité médicale. Cette dernière passerait de 327 médecins à 292 pour 100 000 habitants. Ceci ne prend pas en compte les besoins des français en matière de santé qui devraient se modifier du fait, notamment, du vieillissement de la population. Ainsi, la baisse de la densité par rapport à la population âgée de plus de 60 ans devrait atteindre -36% d'ici 2030, alors que la consommation de soins augmente en règle générale avec l'âge !
La conclusion du rapport est intéressante car elle en cerne une des limites principales que représente l'analyse "nue" de la démographie. Cette dernière ne prend pas en compte les aspirations des jeunes médecins qui débutent, leur type d'activité, le temps de travail entre autres (16).

Dans une période d'interrogations constantes quant à l'accessibilité aux soins, la **nature des projets professionnels des jeunes médecins généralistes est intéressante car d'autres problématiques apparaissent, au-delà de la simple démographie**. Ici interviennent aussi mode d'exercice, temps de travail et répartition sur le territoire.

2.3. Situation actuelle des jeunes généralistes au sein de la spécialité

Les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 51 ans, 57% sont des hommes. 25,8% sont âgés de 60 ans et plus tandis que les moins de 40 ans représentent 13,8% de l'ensemble des effectifs.
Parmi les moins de 40 ans, 61,6% sont des femmes.
58,2% sont des médecins libéraux exclusifs, 6,8% ont un exercice mixte et 34,9% sont des salariés (4).

2.3.1. Mode d'exercice à la première inscription

Les nouveaux inscrits, toutes spécialités confondues, privilégient le salariat (63,4%). Viennent ensuite le statut de remplaçant (22,8%), le secteur libéral (10,7%) et enfin l'activité mixte (libéral/salarié) avec 3,1% des nouveaux inscrits (4). Cette tendance se confirme chaque année depuis 2007 (9–15). C'est en 2010 que l'on notait le moins d'installation en libéral des nouveaux inscrits (8,6%) (12).
Le profil des nouveaux inscrits est un peu différent concernant la médecine générale, spécialité privilégiant l'activité ambulatoire et libérale depuis des décennies. C'est le statut de remplaçant qui arrive en tête avec 41,9% des nouveaux diplômés, suivi du salariat (33,4%), du secteur libéral (20,4%) et enfin de l'activité mixte (4,3%) (4).
L'atlas 2010 s'intéressait déjà aux nouveaux inscrits généralistes. On remarque depuis une percée du salariat chez les nouveaux inscrits en médecine générale - ils étaient alors 23,45% - au détriment des remplaçants (56,86% en 2010). La part d'installation en libéral était alors de 18,87% (12).

Enfin il est intéressant de noter l'évolution des carrières : si environ un nouvel inscrit généraliste sur cinq s'installe en libéral chaque année (4,9–15), 45,5% sont installés cinq ans après la première inscription (40,5% de libéraux exclusifs et 5% d'exercice mixte) (15).

2.3.2. Les nouveaux inscrits libéraux

Une enquête thématique s'intéresse à cette population dans l'atlas 2011 (13). Ils étaient alors 1211 dont 72,7% de médecins généralistes. En moyenne, un praticien sur deux s'installe dans sa région de formation, avec de fortes disparités sur le territoire (la Franche-Comté conserve 77% de ses diplômés, la région Centre seulement 27%). Un tiers se sont installés en zone rurale.

Un questionnaire leur a été proposé afin de connaître leur exercice, leurs motivations, les difficultés rencontrées et d'identifier leurs souhaits et attentes.

Sociologie : Parmi les répondants, on retrouvait 53% de femmes, 86% vivaient en couple, 67% avaient des enfants et 79,2% exerçaient la médecine générale.

Exercice : Bien que le mode d'exercice évolue vers les cabinets de groupe (pluridisciplinaire à 14% et monodisciplinaire à 56%), l'enquête retrouvait que 30% des nouveaux inscrits libéraux exerçaient en cabinet individuel.

Les médecins interrogés travaillaient majoritairement tous les jours de la semaine jusqu'à 19h et le samedi matin. Un tiers travaillait au-delà de 19h.

Motivations : les trois principales motivations invoquées pour expliquer le choix du secteur libéral étaient l'indépendance (63,95%), le contact privilégié avec la patientèle (40,7%) et la gestion du temps (41,7%).

Au contraire, les aides de l'état et des collectivités n'étaient pas déterminantes (9,9%).

Difficultés : la plus fréquemment citée concerne les tâches administratives (62%); elle est suivie de la gestion financière du cabinet (41%) et des journées à rallonge (26%).

Cependant, malgré ces difficultés, 60,4% des répondants estiment leur exercice comme étant satisfaisant ou très satisfaisant. Seuls 6% le trouvent peu ou pas satisfaisant. 86% des praticiens recommanderaient l'exercice libéral à leurs jeunes confrères. De même, 86% des médecins interrogés souhaitaient poursuivre leur exercice libéral à l'avenir.

Attentes : elles se concentraient sans surprise sur les difficultés rencontrées, avec un désir d'allègement des charges administratives et financières. Une revalorisation des revenus avec une diversification des modes de rémunération étaient aussi attendus. Enfin, faire connaître plus tôt la spécialité auprès des étudiants, notamment lors du deuxième cycle, permettrait de promouvoir l'exercice libéral.

2.3.3. Les remplaçants

Ils sont 10 469 inscrits à l'ordre en janvier 2014, sur l'ensemble des spécialités. Parmi eux, 17,5%

sont des retraités (4).
En trente ans on note une nette augmentation du nombre de remplaçants chez les nouveaux inscrits, passant de 128 en 1979 à 1093 en 2009 (11).
La médecine générale est très largement représentée avec 68,5% des remplaçants actifs (4), stable depuis 2010 (69%) (11). Cette donnée est confirmée s'agissant des néo-inscrits remplaçants dont 82% des effectifs étaient généralistes au premier janvier 2012 (14). La moyenne d'âge est de 42,4 ans et les femmes représentent 60,3% des généralistes remplaçants actifs.
Le diplôme est récent (2013) pour 17,1% de l'effectif et cette part monte à 65,5% si l'on considère les diplômes obtenus entre 2001 et 2013 (4).

Une enquête qualitative s'est intéressée aux remplaçants en 2010 (12). 45% d'entre eux envisageaient une installation en libéral à court ou moyen terme, 23% ne savaient pas encore vers quel projet professionnel ils se dirigeaient. 32% des médecins répondants affirmaient ne pas vouloir s'installer en libéral. Les 2 premières raisons invoquées étaient la charge administrative et la solitude de l'exercice ; l'incompatibilité de la profession du conjoint n'arrivait qu'en quatrième position. Leur projet était avant tout de poursuivre les remplacements (84%).

2.4. Une population spécifique : les médecins à exercice particulier

L'atlas 2014 s'intéresse par ailleurs aux modes d'exercice particulier (MEP). Les médecins ayant une formation complémentaire représentent 25% de la population des généralistes français, tous secteurs conventionnels confondus (4). Cette terminologie de MEP existe pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie depuis les années 1970, mais l'appellation "médecins à exercice particulier" n’apparaît pas dans la base de données Ordinale.

Les MEP ont été répartis en trois groupes :

- **les MEP proches de la médecine générale :** gériatrie, médecine du sport, médecine aérospatiale, pathologie des infections tropicales, médecine d'urgence, médecine pénitentiaire, phoniatrie, évaluation et traitement de la douleur, aide médicale urgente, médecine de catastrophe...;
- **les MEP éloignés de la médecine générale :** allergologie, nutrition, angiologie, médecine légale ;
- **l'homéopathie et l'acupuncture.**

D'autres médecines alternatives sont pratiquées telles que l'ostéopathie, la mésothérapie ou la phytothérapie, non reconnues par l'Assurance Maladie mais correspondant à la définition de MEP.
La déclaration de ces formations complémentaires auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins étant facultative, les estimations du dernier Atlas de la Démographie Médicale sont réalisées *a minima*. Elles sont cependant reconnues et classées dans la législation française (24) et sur le plan universitaire, les formations sont très encadrées (5).
En pratique, pour les titulaires du DES de médecine générale, les possibilités pour accéder à ces formations complémentaires sont les suivantes :

- le concours d'internat à titre européen ;
- le concours spécial de médecine du travail ;
- le concours de médecine de santé publique ;
- les Diplôme d'Études Spécialisés Complémentaires (DESC) de type I et II ;
- les Diplômes Universitaires (DU) et Inter-Universitaires (DIU) ;
- les capacités.

Parmi les 90 630 médecins généralistes en activité régulière, 22 985 ont déclaré une formation complémentaire, soit 25,4% (4). En Aquitaine, la part est de 26,2%. Ces médecins ont une activité majoritairement libérale ou mixte (61,3%, 70% en Aquitaine). Les moins de 40 ans représentent 8,6% des MEP.

Cependant, en 2007, un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé suggère plutôt le chiffre de 40% de généralistes n'exerçant pas une offre de soins de premier recours (5). D'une part, certains libéraux ont un mode d'exercice particulier ; d'autre part, nombreux sont les généralistes salariés exerçant en oncologie, psychiatrie, gériatrie... sans en avoir acquis la compétence réglementaire, ni déclaré leur nouvel exercice spécialisé.

Un questionnaire a été envoyé aux généralistes en 2007, par le CNOM, afin de connaître leur activité (5). Le taux de réponse de 37% (soit plus de 30 000 réponses sur 64 départements) a permis d'analyser l'exercice des généralistes :

- 17 départements enregistraient alors plus de 75% de généralistes exerçant exclusivement cette spécialité ;
- 42 départements enregistraient entre 50 et 75% de généralistes exerçant exclusivement cette spécialité ;

- 5 départements comptaient moins de 50% de généralistes exerçant exclusivement cette discipline.

En conclusion, la quantification réelle et non théorique de l'offre de soins de premiers recours reste à ce jour difficile. En 2015, dans son Atlas annuel, le CNOM décide de comptabiliser comme généraliste de premier recours les médecins inscrits au tableau comme médecin généraliste à activité libérale ou mixte (6). Ils sont donc 58 101 sur les 89 788 médecins généralistes inscrits à exercice régulier, soit 64,7% des effectifs.

Afin d'appréhender le problème de manière très concrète, on peut s'appuyer sur une étude de la sociologue Géraldine Bloy. Dans une enquête qualitative suivant une cohorte de 51 jeunes médecins généralistes (25), de 2002 à 2010, elle a notifié les exercices de chacun à l'issue de son travail. Sans avoir de signification statistique majeure, elle nous éclaire sur le champ des possibilités. Les résultats étaient les suivants :

- 11 généralistes installés ;
- 3 quasi-spécialistes libéraux installés (angéiologie, hypnose, nutrition) ;
- 4 remplaçants de médecine générale exclusifs ;
- 2 personnes faisant des remplacements et de la médecine d'urgence hospitalière ;
- 7 urgentistes hospitaliers, 2 urgentistes de ville (SOS médecin);
- 4 Gériatres, 2 psychiatres ;
- 7 hospitaliers sans dénomination spécifique ;
- 7 salariés non hospitaliers (3 médecins territoriaux, 2 médecins de la MSA, 1 médecin de l'Éducation Nationale, 1 médecin de crèche) ;
- 1 réorientation vers un internat de spécialité médicale et 1 arrêt d'activité médicale.

Cependant, l'étude a commencé alors que la réforme des études médicales, avec l'instauration de l'Examen Classant National (ECN) et du DES de médecine générale, n'était pas en vigueur. Il y avait donc certains *malgré eux,* pour qui l'orientation en médecine générale s'est faite par l'échec. C'est un point non négligeable pour comprendre le développement personnel des futurs praticiens. De même, les résidents n'étaient pas tributaires d'un classement qui leur imposait de prendre un poste géographiquement éloigné de leurs aspirations. En ce sens, l'ECN et l'internat pour les généralistes ont pu modifier les parcours personnels.

III. ETUDES SUR LES ASPIRATIONS DES INTERNES

3.1. Sur le plan professionnel

On trouve régulièrement des études explorant les facteurs professionnels très concrets associés aux choix opérés par les jeunes médecins, telle que l'étude thématique sur les nouveaux installés dans l'Atlas de la démographie médicale en 2011 (13). Les internes sont aussi consultés sur leurs souhaits d'exercice. Ainsi, l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a produit un travail d'envergure en 2011 avec près de 2000 répondants, à répartition homogène sur les 6 semestres (7).

Ici aussi, l'essentiel de l'étude se concentre sur les aspects professionnels importants aux yeux des étudiants pour leur futur exercice.

La présence d'un secrétariat avec délégation des tâches administratives (90%) est plébiscitée. L'objectif pour les internes est que le temps de travail corresponde à du temps médical exclusif ; on retrouve alors un temps de travail identique aux temps médical consacré aux patients par les praticiens actuels. Le temps de travail global est diminué. 81,7% des internes pensent avoir un exercice diversifié et les remplacements sont largement la voie privilégiée dès la fin de l'internat (55%). Certains constats pourraient faire l'objet d'études afin d'en trouver les explications :

- à l'échelle hebdomadaire, les femmes souhaitent significativement travailler moins que les hommes (5,4 heures en moins) ;
- 2 fois plus de femmes que d'hommes souhaitent devenir collaborateurs libéraux ;
- les hommes sont significativement plus attirés par l'exercice hospitalier ;
- 84 % ont choisi positivement la médecine générale, en tant que spécialité de soins primaires, quand les données disponibles nous montrent qu'*in fine* 25 à 40% des généralistes ne la pratiquent pas (4, 5).

3.2. Sur le plan personnel

Si les souhaits en terme d'exercice professionnel sont régulièrement analysés, une étude de 2008 pour le compte de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France montre que sur certains critères, tel que le lieu d'exercice, les motifs privés sont prééminents (26). Cette étude réalisée en région parisienne montre que les jeunes médecins généralistes qui s'y installent le font avant tout pour des motifs familiaux (45,6%), car le conjoint y travaille (41,6%) et car il s'agit de leur région

d'origine (58%). Ces raisons arrivent bien avant un environnement technique de qualité (33,6%), la reprise d'un cabinet (29,2%) ou une proposition financière (6,6%). En précisant les critères de choix du lieu d'exercice, les aspects privés sont là aussi prioritaires : en tête nous retrouvons la qualité de vie dans le quartier et les possibilités professionnelles pour le conjoint, très loin devant les mesures d'incitation à l'installation ou la pénurie d'offre libérale dans le secteur.

Plusieurs travaux de thèses évoquent les aspirations et motivations des internes et jeunes généralistes. La qualité de vie est un objectif dans ces travaux (27, 28), l'équilibre vie professionnel/vie personnelle aussi (29) mais les résultats sont contradictoires quant aux projets les mieux à même de satisfaire ce critère (29, 30). En ce sens, une enquête menée en Alsace remet en évidence l'aspect protéiforme de la notion de « qualité de vie » (31): elle est citée aussi bien comme frein à l'installation en libéral par les internes rejetant cet exercice que comme raison positive par les internes le plébiscitant.

Les remplacements sont perçus comme permettant un meilleur épanouissement personnel (32, 33) au détriment des installations (34).

Le déterminant de l'emploi du conjoint est mis en évidence aussi (29, 35) sans que celui-ci ne soit précisé.

IV. ETUDES SOCIOLOGIQUES DES JEUNES GENERALISTES

Si les études quantitatives, statistiques sont nombreuses, notamment en ce qui concerne les formations complémentaires, elles ne permettent pas de connaître l'utilisation qui en est faite par les praticiens. Elles ne permettent pas non plus de cerner les modes d'exercices, dont l'exercice libéral, dans tous leurs particularismes ni les motivations, représentations et aspirations des internes en fin de cursus qui les poussent vers tel ou tel type d'activité. C'est en cela que des études sociologiques qualitatives sont aussi intéressantes.

4.1. Des facteurs structurels favorisant la multiplicité des exercices

La littérature sociologique sur les jeunes généralistes est abondante depuis 15 ans. Les jeunes diplômés ne sont pas forcément ancrés en médecine générale comme nous avons pu le voir via les données démographiques. D'ailleurs, aucune institution ne peut les y contraindre.

Chacun conduit son insertion professionnelle comme il l'entend, grâce à trois facteurs essentiels d'après G. Bloy (8, 25) :

- les **capacités d'adaptation et d'acquisitions supplémentaires développées** ;
- un **marché du travail médical porteur**, aux multiples opportunités ;
- la **stabilité de la valeur du titre**.

Cette liberté offerte par le diplôme et prise par les jeunes médecins s'explique d'autant mieux après des années d'études où contraintes, concours, sélection et orientations aveugles se sont parfois accumulés. Dans le cadre de la médecine générale, la formation a été considérablement réformée, faisant apparaître de nouvelles contraintes qui n'existaient pas. Elles sont à prendre en compte dans les choix des internes à la sortie de leurs études (8, 25).

Le mode d'enseignement choisi par les Départements de Médecine Générale (DMG) envisage plutôt les internes comme étudiants en formation - ce qui est vrai -, que comme des adultes ayant un projet autonome - ce qui n'est pourtant pas faux - (36). Le but *in fine* serait de convertir les internes à une médecine générale telle qu'elle est vu par les enseignants (36). Or ce modèle se confronte aux évolutions sociales récentes et à la **vision péjorative de la stabilisation professionnelle** que représente l'installation libérale (37). Cette donnée est confirmée dans une étude du Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) qui retrouve une installation de plus en plus tardive depuis 30 ans (38).
Indépendamment des internes, les jeunes générations auraient actuellement une vision très exploratrice du "devenir adulte" (37), favorisant les parcours singuliers. Cela peut être transposé, auprès des internes, aux nombreux autres exercices possibles de la médecine générale après les études.

Il faut noter aussi que le système de soins offre ces possibilités. Certes, les généralistes se tournent souvent vers le salariat - hospitalier, administratif, dans l'éducation nationale, etc...- (4) mais ce sont autant de postes proposés par les pouvoirs publics (25) qui déplorent dans le même temps le peu d'installations.

Pour souligner l'importance de l'aspect personnel dans le choix du type d'exercice, on peut citer Géraldine Bloy : *« Le pouvoir de l'institution est encore plus faible, pour ne pas dire dérisoire, si l'on considère sa capacité à contraindre des parcours des jeunes praticiens une fois qu'ils sont*

diplômés. Ni les enseignants de médecine générale, ni les organisations professionnelles d'aucune sorte, ni les pouvoirs publics n'ont aujourd'hui véritablement prise sur les destins des jeunes diplômés de médecine générale. ***Après la validation du troisième cycle peut donc venir le temps des logiques d'action privée****s »* (8).

4.2. Pour quelles aspirations ?

Cependant, les exercices nombreux et *a priori* singuliers ne reflètent pas forcément, sur le plan personnel, des aspirations seulement individualistes avec une préservation des loisirs et du confort de vie. La vocation n'est pas perdue (39). C'est pourtant ainsi que sont vues parfois les jeunes générations par les plus anciens qui idéaliseraient alors leurs propres représentations et investissement au même âge. C'est aussi comme cela que les pouvoirs publics perçoivent parfois les jeunes diplômés, désirant ainsi mettre en place un système plus coercitif. Ceci afin de mieux répondre à des contraintes économiques et démographiques sans prendre en compte les aspects sociaux, structurels et personnels de ces comportements "de fuite" (8). De même, les enquêtes d'opinion réalisées auprès des internes et jeunes diplômés mettent plutôt en avant, dans leurs propositions de réponse, les contraintes que refusent de subir ces jeunes médecins (13). Ces enquêtes proposent à l'inverse l'expression très générique "d'épanouissement personnel" pour expliciter les motivations positives de cette population (40).

Pour Géraldine Bloy, traduire les projets des internes de troisième cycle et les comportements des jeunes généralistes comme étant la concrétisation du désinvestissement supposé du travail médical dans la "société des 35 heures" avec un refus des contraintes, procède « *d'une méconnaissance et d'une réduction désolante »*. On en oublierait alors de chercher à comprendre la signification des parcours de chacun et les « *logiques sociales qui les stimulent »* (8).
Elle dénonce d'ailleurs une autre expression proposée par les enquêtes multiples auxquelles répondent les internes : la qualité de vie. Celle-ci guiderait les choix des jeunes médecins - qui dirait le contraire ? - faisant ressortir l'aspect individualiste des répondants. Par contre, ces enquêtes ne recherchent pas la part que l'intérêt et la qualité ressentis du travail peut prendre dans cette fameuse "qualité de vie". Or d'autres travaux rappellent que le travail est aussi vecteur de qualité de vie, d'épanouissement (41) et de réalisation de soi (42).

De même, les **motivations personnelles nombreuses** qui se cachent derrière de telles expressions, et pouvant induire d'autres facteurs (conjoint, structure familiale, revenus...), ne sont pas analysés.

Elles ne sont pourtant pas forcément synonymes d'intérêt égoïste. Il est important de souligner qu'il existe un temps hors travail, avec ses propres problématiques et conduisant donc chacun à avoir des motivations particulières et les évolutions sociales récentes de la profession, et de ceux qui la font, amènent forcement une analyse plus large de ces motivations (féminisation, bi-activité du couple) (8).

C'est bien la **méthodologie des enquêtes qui mettrait donc en relief, de manière erroné, l'individu comme seul décideur souverain** (8, 43).

4.3. Les caractéristiques de la féminisation

4.3.1. La féminisation tend à modifier les pratiques et les exercices...

Si la médecine se féminise dans son ensemble, le phénomène est plus marqué en médecine générale (4, 9–15). Notre spécialité attire plus les femmes que les autres filières (44, 45).
Bien que la norme législative tende à ce que femmes et hommes soient égaux, les faits prouvent encore le contraire aussi bien au niveau personnel (46) que professionnel (47). Cependant, alors que sur les plans des carrières, il persisterait un "plafond de verre" (48), les études montrent que la féminisation chez les cadres a permis la diversification des fonctions et des types de carrière. Elles développent leurs propres stratégies de rapport au travail et ont obtenues ainsi des perspectives d'évolution. Les femmes ont ainsi pu remettre en question les carrières aux critères masculins, érigées en modèle. Dans le cadre de la filière médicale, certains sociologues avancent même que la féminisation n'est finalement que l'illustration de nouvelles attentes et attributs du métier où les valeurs féminines trouveraient à s'épanouir (49).
Il en ressort tout de même que cette différenciation des carrières concrétise une ségrégation persistante, du fait que les choix professionnels ne sont pas complètement coupés de l'environnement social.
À l'évidence, cet environnement induit toujours une prééminence du rôle des femmes dans les tâches du quotidien, aussi qualifiées soient-elles sur le plan professionnel, si l'on en croit plusieurs travaux de François de Singly (50, 51). A l'inverse, le surinvestissement des hommes est parfois possible car ils sont déchargés de ces tâches par leur entourage féminin (46, 50). La conciliation est encore plus difficile pour les mères après une naissance que pour les pères (52). Cependant, les aspirations sur le plan familial des pères les plus diplômés se rapprochent beaucoup plus de celle des mères (53). Il faudrait alors s'intéresser aux couples et non à l'individu quant aux motivations

personnelles intervenants dans les choix professionnels.

4.3.2. ... mais les aspirations ne seraient pas différentes en fonction du genre chez les généralistes

Il semble selon plusieurs travaux que les aspirations des femmes ne sont pas différentes de celle des hommes en médecine générale, au moment des études. On assiste même à un rapprochement des motivations des hommes vers celles des femmes, faisant dire à certains sociologues qu'il existerait un dépassement du genre (39, 54, 55). Les différences avec les pratiques antérieures seraient alors surtout dues à un **effet de génération**.

Cependant ces aspirations se heurtent au réel si l'on en croit G. Bloy dans son étude de cohorte (8) (débutée avant la réforme des ECN). Elle note que certaines conditions de sous-emploi sont avant tout liées à des arrangements familiaux inégaux stéréotypés. Ainsi la polyvalence du diplôme (6,36) se retourne contre elles, leur choix étant subordonné à celui de leur conjoint. Ceci est vrai globalement quand le conjoint est un cadre supérieur dans une profession rémunératrice, moins quand les deux membres du couple sont médecins.

À noter qu'une autre lecture est faite par Magali Robelet, Nathalie Lapeyre et Emmanuelle Zolesio pour le CNOM (39) : le fait de pouvoir compter sur le revenu élevé du conjoint autorise un moindre investissement temporel au travail ou une autre façon de faire de la médecine.
Enfin, en situation d'hypogamie, les femmes présentaient moins de difficultés dans la conciliation vie familiale/vie professionnelle (8).
Une étude sur les attentes des internes en médecine générale vient corroborer cela : le fait d'être une femme tend à diminuer la possibilité d'une installation, et repousse celle-ci à la fin des études, pour des raisons personnelles avant tout. Chez les hommes, se sont surtout des raisons professionnelles qui viennent repousser une éventuelle installation (56).
Si les aspirations se rejoignent, elles se fissurent face au principe de réalité.

4.4. Les origines et l'environnement social modifient les aspirations et les projets

On ne peut exclure complètement l'origine sociale dans le développement de certaines motivations personnelles. Bien qu'elles soient longues et formatées, les **études médicales n'ont pas un pouvoir homogénéisant tel qu'elles effaceraient les différentes visions et conceptions de la profession** (57). Ceci est visible à l'échelle de carrières entières : un travail dirigé par Claudine Herzlich

démontrait que les inégalités de situation financière au moment des études avaient des conséquences sur les parcours professionnels des médecins (8).
L'enquête de cohorte de Géraldine Bloy tire aussi quelques conclusions en ce sens. Les différences de ressources (économiques, sociales et familiales) influent sur les projets : par exemple, la disponibilité des grands-parents atténue les tensions quant à la conciliation des vies familiale et professionnelle des femmes médecins. Le capital social, dont les valeurs, les réseaux, l'expérience structure aussi l'envie de se diriger vers tel soin, tel exercice, telle ambition. Cependant, les déterminants sont nombreux et il n'est pas possible d'en tirer de tendances prévisibles (8).

V. REVUE DES THESES SUR LE SUJET

L'analyse de l'influence des motivations sur les projets professionnels a été réalisée sous certains angles.
Juline Beringer, dans sa thèse d'exercice en 2014, s'intéresse aux déterminants amenant les internes en médecine générale vers un DESC (58). Il s'agissait donc surtout des modes d'exercices particuliers. Via une étude observationnelle réalisée auprès des étudiants en TCEM 3 et en année de thèse de l'inter région Sud-Est, elle retrouvait que les étudiants inscrits en DESC ou qui l'auraient souhaité, étaient significativement plus nombreux à vouloir exercer en ville, à l'hôpital, en salariat et à temps complet. Cette même population était significativement plus nombreuse à penser que la médecine générale était routinière, qu'il ne s'agissait pas d'un premier choix à l'internat, qu'elle servait avant tout de passerelle vers un DESC et que la médecin n'était pas, pour eux, une vocation. De même, ils étaient significativement plus nombreux à déclarer que la médecine générale avait un défect d'image lors de leur externat.
Une thèse réalisée par Caroline Brunet (30), en collaboration avec la précédente, précise que les internes s'orientant vers un DESC ont vécu la découverte de la médecine générale comme tardive, qu'il s'agit pour eux d'une spécialité exigeante et solitaire. Au contraire, l'exercice hospitalier était perçu comme rassurant, avec la possibilité d'un travail en équipe et d'évolution de carrière. La recherche de reconnaissance et le besoin de se sentir compétent étaient aussi des déterminants amenant les internes vers un DESC. Enfin, l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle semblait plus accessible via un DESC.
Le travail de Lorane Giboudot à Besançon en 2011 (29) analyse rétrospectivement les parcours et les raisons des différents cheminements. Là aussi, l'expérience chronophage de la « paperasse » et l'exercice patient-dépendant et solitaire effraient. Les motivations personnelles sont effleurées. L'importance du conjoint est abordée et l'arrivée d'un enfant modifie les projets. Un résultat

intéressant : la notion de qualité de vie est évoquée sans différence entre les salariés et les libéraux. Cependant, une analyse plus fine explicitant cette qualité de vie n'est pas faite. Les critères les mieux à même de la satisfaire seraient un travail sans contrainte avec des horaires et une quantité maîtrisés selon Coralie Braun Neves (59). Dans cette thèse, qualité de vie et travail semblent complètement dissociés puisque 88% des internes estiment que leur qualité de vie est plus importante que le travail. Le postulat est donc que le travail ne peut être pleinement intégré à l'épanouissement personnel du sujet, la qualité de vie étant alors une notion purement individuelle et égoïste.

De nombreuses thèses portent spécifiquement sur l'installation en ambulatoire.
En 2012, Stéphane Munck s'intéressait aux déterminants de l'appropriation d'un projet d'installation (60). Son étude descriptive prospective démontrait que les facteurs liés à l'existence d'un projet étaient la validation du stage chez le praticien (OR=1,56 [1,14-2,14]), un ratio d'encadrement inférieur à 75,3 étudiants par enseignant (OR=2,89 [1,29-6,48]), une activité de remplacement au cours de l'internat (OR=2,05 [1,35-3,13]), d'habiter en zone semi-rurale (OR=1,98 [1,44-2,73]) ou rurale (OR=2,77 [1,88-4,06]), de réaliser son internat dans une région où la densité des médecins généralistes de plus de 55 ans est supérieure à la moyenne nationale (OR=2,08 [1,27-3,40]). En revanche, la maturation d'un tel projet était indépendante du sexe, de l'âge de l'interne et de la validation du stage ambulatoire de niveau 2. Il n'évoquait à aucun moment de déterminants et motivations personnelles à l'existence d'un tel projet.

L'installation en milieu rural et ses déterminants sont régulièrement analysés, du fait de la problématique récurrente des déserts médicaux. Ainsi, en 2010, Pascal Gicquel a interrogé les médecins installés et remplaçants en milieu rural, via une enquête qualitative (27). La qualité de vie souhaitée, bien plus que les revenus potentiels, était mise en avant comme déterminant principal de la décision d'installation**.** L'importance de ce facteur est retrouvée dans l'étude de Marie-Hélène Grassaud sur les internes ayant souscrit au Contrat d'Engagement de Service Public (28). En revanche, les incitations financières directes suscitaient peu d'adhésion, au contraire des aides de fonctionnement. L'exercice en groupe était plébiscité, du fait de la recherche de coopération et d'échanges de pratiques entre professionnels du cabinet. Dans cette étude, la place du conjoint était évoquée avec la nécessité d'un compromis géographique, ce qui ne semblait pas être le cas auparavant. Les caractéristiques socio-familiales et le réseau de soin, ne semblaient pas quant à eux jouer un rôle de premier plan.
Baptiste Meunier a préféré réaliser une étude quantitative sur le même sujet (35). Il retrouvait alors

que 62.83 % des internes souhaitaient remplacer après l'internat, 83,18 % envisageaient de collaborer ou s'installer à long terme. 11.94 % souhaitaient travailler en milieu rural. Les internes en couple avaient une plus faible volonté de s'installer dans un village ($p = 0.0042$) ; ceux dont les parents vivaient dans des villages souhaitaient plus y travailler ($p = 0.0027$). L'emploi du conjoint semblait être un déterminant important.

Enfin, plusieurs thèses s'intéressent au choix fait par les jeunes médecins entre installation, collaboration ou remplacements.
Deux d'entre elles ont été réalisées via des entretiens semi-directifs auprès de jeunes installés et de remplaçants (32,33). Frédéric Zuber retrouvait dans son étude que les remplacements étaient considérés comme une phase transitoire afin de renforcer la formation et élaborer un projet professionnel. L'installation est alors perçue comme ayant de nombreuses contraintes pouvant aller à l'encontre de l'épanouissement dans sa vie professionnelle. Cependant, les jeunes installés indiquaient qu'ils avaient réussi à concilier vie privée et exercice professionnelle (32). Le travail d'Iliana Koleva en 2013 va dans le même sens avec la liberté d'organisation aussi bien professionnelle que personnelle que représente le statut de remplaçant (33). Si l'installation présente elle aussi ses avantages, ceux-ci ne sont malheureusement pas contrebalancés par ses inconvénients : beaucoup trop de travail administratif, trop de charges, responsabilité plus importante, mauvaise couverture sociale. Les aides conventionnelles ou fiscales ne semblent pas endiguer ce phénomène. Si Augustin Decorde retrouve les mêmes freins à l'installation (charges administratives et financières) avec des aides inadaptées, il est intéressant de noter que les facteurs professionnels priment sur les facteurs personnels chez les jeunes médecins installés. Le sexe du praticien n'intervient pas sur le choix professionnel (34). Dans sa thèse, Odile Achitouv interrogeait remplaçants et médecins collaborateurs (61). Ce dernier statut y était alors décrit comme un bon compromis avec les avantages des remplacements et sans certains inconvénients (possibilité de suivi des patients, statut de médecin traitant...).

Les représentations et conceptions de la médecine générale sont analysées par Ana Franco Rodrigues, via des regards croisés entre internes et médecins généralistes (62). Il y est décrit que le libéral serait le meilleur moyen de pratiquer la médecine générale et que les regroupements représentent l'avenir de la profession.

VII. QUESTION DE RECHERCHE

« Quelle est l'influence des motivations personnelles sur le choix professionnel des futurs médecins généralistes ? »

VIII. OBJECTIFS

Objectif principal : Décrire les motivations personnelles pouvant influer sur l'élaboration du projet professionnel selon les internes en médecine générale.

Objectif secondaire : Déterminer l'importance respective des motivations personnelles versus motivations professionnelles dans le choix de l'exercice futur selon les internes en médecine générale.

MATERIEL ET METHODE

I. SCHEMA DE L'ETUDE

Enquête qualitative auprès des internes en médecine générale, en dernière année du troisième cycle.
L'étude a été réalisée par des entretiens individuels semi-structurés, enregistrés sur dictaphone numérique et anonymisés.
Les entretiens ont duré trente minutes environ. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits.
Les entretiens explorent les diverses dimensions de la balance décisionnelle des internes de médecine générale en vue de leur projet professionnel. Les items de la grille d'entretien insistent aussi bien sur les motivations personnelles que professionnelles.
L'étude a été réalisée auprès d'une vingtaine d'internes de médecine générale en TCEM 3, après échantillonnage en variation maximale.
Analyse au fur et à mesure jusqu'à saturation des données.
L'objectif est de faire émerger l'ensemble des motivations personnelles et professionnelles, dans leurs variabilités les plus fines.
Ceci répond aux deux objectifs de l'étude sur le plan qualitatif.

II. POPULATION CONCERNEE

La population cible est constituée par l'ensemble des internes en médecine générale (IMG) en TCEM 3.
La population source est constituée par les IMG en TCEM 3 de l'Université de Bordeaux, présentant leur mémoire de fin de DES en Septembre/Octobre 2015 ou Avril 2016.
La population de l'étude est constituée d'une vingtaine d'IMG volontaires, préparant leur mémoire.

2.1. Critères d'inclusion

- Internes en médecine générale, en TCEM 3
- Présentant leur mémoire de fin de DES de médecine générale en septembre/octobre 2015 ou en avril 2016
- Dépendant du Département de Médecine Générale de Bordeaux

2.2. Critères de non inclusion

- Refus de l'entretien

2.3. Échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage en variation maximale. La littérature nous a permis d'identifier des variables pertinentes à même d'influencer les résultats :

- le sexe ;
- la situation matrimoniale ;
- la structure familiale ;
- le travail du conjoint ;
- la modalité d'exercice ;

La pertinence des variables a été réévaluée au fur et à mesure de l'échantillonnage. Dès les premiers entretiens, les participants nous ont aiguillés pour le recrutement ultérieur : on parle aussi d'échantillonnage en chaîne.

III. LA GRILLE D'ENTRETIEN

3.1. Processus de construction de la grille d'entretien

Le directeur de thèse et moi-même avons élaboré la grille après avoir établi une liste des informations à recueillir, à partir de la bibliographie, afin de répondre à la question de recherche et ainsi réaliser les objectifs de l'étude.

Il s'agissait d'un entretien semi-directif, avec des questions ouvertes afin d'analyser toutes les nuances de la prise de décision.

Un propos introductif a été élaboré afin de mettre en confiance les participants, en leur expliquant les modalités et en les rassurant notamment sur la publicité de leurs propos. Ensuite nous abordions le cadre du travail auquel ils étaient en train de participer avec l'explication du sujet et de l'objectif principal. Enfin, de manière concise, nous expliquions comment aller s'articuler l'entretien. Ceci pour que l'interviewé se situe dans le cadre, dans la bonne dimension, afin de mieux de répondre aux objectifs.

3.2. Les thèmes

La grille d'entretien est divisée en 5 parties (annexe 1).

Le **premier thème** aborde les caractéristiques personnelles de l'individu et le contexte social, nous permettant de définir notre population et le profil des participants. En cas d'oubli, les relances nous permettent d'y retrouver l'âge, le sexe, la situation familiale, la situation professionnelle du conjoint, la catégorie socio-professionnelle des parents, l'origine géographique et les projets personnels.

Le **deuxième thème** aborde le parcours universitaire, avec les diplômes obtenus, en cours de préparation ou prévus. Ceci amène à l'objectif d'exercice, médecine générale, avec ou sans spécificités, ou autre (urgences, médecin conseil, protection maternelle et infantile etc...). À chaque fois, nous demandons au répondant d'expliquer les raisons de ses choix.

Le **troisième thème** aborde l'idéal de pratique du sujet, en dehors de toute contrainte. Il doit nous amener à connaître, spontanément ou via les relances :

- le statut préféré : libéral, salarié, mixte, collaborateur... ;
- le bassin de population : urbain, rural ou semi-rural ;
- la structure d'exercice : en cabinet (groupe/individuel, mono-disciplinaire/pluridisciplinaire), en institution, en milieu hospitalier... ;
- le rythme de travail envisagé ;
- la proximité souhaitée d'un plateau technique, de spécialistes, de professionnels paramédicaux.

Ensuite nous demandons au sujet d'aborder les freins, de manière spontanée, susceptibles de lui faire envisager les choses autrement.

Le **quatrième thème** aborde dans un premier temps les motivations et valeurs personnelles qui définissent la qualité de vie, le bonheur, aux yeux du répondant.
En cas de difficultés à aborder le sujet, nous proposons quelques pistes pour amorcer la réponse.
Puis dans un second temps, nous le confrontons à l'exercice envisagé, évoqué dans les thèmes B et C. C’est ici que des divergences importantes peuvent apparaître, certains pouvant être entraînés vers quelque chose qui ne correspond pas tout à fait à leurs valeurs, par opportunité ou par facilité.
Ces divergences peuvent alimenter une éventuelle ambivalence, notamment chez ceux qui ont du

mal à tracer avec certitude leur projet professionnel. L'entretien motivationnel, notamment lors de la construction de la balance décisionnelle, nous permet de caractériser cet ambivalence.

Enfin, le **cinquième thème** aborde la réalité du moment, les aspects déjà effectifs à même d'amener le sujet à recadrer ses objectifs. Nous finissons sur les éventuelles solutions qui permettraient de contourner ces freins.

Pour chaque thème, nous avons réalisé une petite synthèse des réponses données, afin de s'assurer de leur bonne compréhension.

La grille a été testée au cours des 3 premiers entretiens. Ces derniers ont été pris en compte pour l'analyse des données. Elle n'a pas été modifiée suite à la période de test.

IV. LA REALISATION DE L'ENTRETIEN

4.1. Mise en place et modalités pratiques

Nous avons tout d'abord récupéré la liste de tous les internes de médecine générale en TCEM 3 à Bordeaux auprès de la scolarité du département de médecine générale. Cela correspondait à notre population source, que ce soit pour les étudiants en cinquième ou en sixième semestre. Nous avions, grâce à ces listes, les affectations de service des internes.
Nous avons obtenu les noms des internes inscrits en DESC via les coordonnateurs respectifs.
La sollicitation des étudiants s'est faite ensuite soit par courriel, soit par contact téléphonique via les services ou les cabinets médicaux. J'ai alors expliqué le thème et la méthode, qualitative, et ainsi la nécessité d'une entrevue en vis-à-vis. Je précisais que cette dernière demandait environ une demi-heure de leur temps, qu'elle était enregistrée sur support numérique.
Le rendez-vous était alors convenu, les étudiants ayant toute liberté pour choisir le lieu, le jour et l'heure.
Lors des entretiens, en plus de l'enregistrement, les attitudes non verbales des internes ont été notées puis insérées dans les transcriptions, sous forme de didascalies.

4.2. Les outils pour mener l'entretien

4.2.1. Le modèle transthéorique de changement

Afin de juger du stade de motivation des internes par rapport à un engagement, au niveau du projet professionnel, nous nous sommes appuyés sur le **modèle transthéorique de changement**. Il s'agit d'un modèle d'approche comportementale introduit par James O. Prochaska et Carlo C. DiClemente, qui émerge en 1979. Il est appelé « transthéorique » car sa construction fait appel à plusieurs courant : le béhaviorisme, la psychanalyse, l'existentialisme, les thérapies cognitive ou constructiviste, entre autres (63).

Dans ce modèle, les auteurs indiquent que le changement s'effectue au cours d'une démarche constituée de plusieurs stades définis, respectant une chronologie précise. Dans l'ordre nous avons la *précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la terminaison.* La notion de *rechute,* avec la possibilité d'un retour à un état antérieur a été suggérée plus récemment.

Ce modèle est utilisé dans le champ de la médecine dans le cadre des addictions notamment (64) ou même dans le cadre des douleurs chroniques (65).

Nous l'avons adapté pour notre étude de la manière suivante :

- **Pré-contemplation** : *je n'ai pas encore envie de me décider, j'ai le temps, je ne m'installe pas de suite, je fais des remplacements, comme cela je vis au jour le jour, je construis ma motivation et je m'adapte selon mes besoins du moment.*
- **Contemplation :** *j'hésite, je suis ambivalent, j'aimerais bien me décider mais je ne sais pas encore définitivement pour et vers quoi.*
- **Préparation :** *je suis décidé mais pas encore prêt. Je construis ma stratégie et j'affine mon choix.*
- **Action :** *je suis déjà engagé dans un projet précis qui devrait se concrétiser prochainement*.
- **Maintien :** *mon choix est définitif et rien ne viendra le changer*
- **« Rechute » :** *finalement j'ai abandonné mon projet et je reviens au stade contemplation avec son ambivalence ou au stade préparation*.

Si les réponses des internes permettaient de les situer, une question en conclusion des thèmes B et C permettaient de s'assurer du stade de la démarche : *« Dirais-tu que tes choix sont définitifs, bien établis, ou au contraire dirais-tu que tu es encore indécis ? ».*

4.2.2. La balance décisionnelle

Développée par Janis et Mann en 1977, elle intervient lorsqu'une ambivalence apparaît au cours de l'entretien. Celle-ci peut naître dans notre étude de la confrontation des valeurs personnelles de l'individu et de son projet professionnel exprimé.
La balance décisionnelle permet de lister les avantages et les inconvénients de chaque perspective. Si on invite le sujet à construire cette balance, on le laisse explorer son dilemme quand celui-ci apparaît, plutôt que d'intervenir pour chaque point.

4.2.3. L'entretien motivationnel

Développé dans les années 1980, introduit par deux psychologues, William Miller et Stephen Rollnick, il a d'abord été utilisé dans le cadre des addictions. Ses applications se sont ensuite étendues plus largement aux situations d'« accompagnement au changement » (66).
Le sujet faisant appel à la motivation, nous nous sommes appuyés sur les attitudes prônées dans l'entretien motivationnel, ce d'autant plus que nous souhaitions faire apparaître une éventuelle ambivalence. Par contre, nous n'avions pas de direction, car notre objectif n'était pas de favoriser un changement mais d'identifier le changement souhaité par les interviewés, sans aller au-delà, dans une neutralité bienveillante.
Les questions ouvertes permettent aux sujets d'explorer leur projet professionnel en même temps que leur vie personnelle. Elle favorise l'empathie, en pratiquant une écoute réflective. On peut être amenés ainsi à évoquer des aspects laissés sous silence jusqu'à présent, voire des résistances, en confrontant le projet idéal aux valeurs et motivations personnelles du sujet. Le but est de réunir tous les facteurs – le maximum en tout cas – susceptibles d'entrer en ligne de compte pour la décision.
Si l'objectif est avant tout de décrypter l'influence des motivations personnelles, dans toutes leurs nuances, cet entretien peut amener aussi les participants à évoquer un changement. De la même manière qu'en consultation de médecine générale.

V. TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

5.1. Transcription des entretiens

Tous les échanges ont été retranscrits, mot à mot, via un logiciel de traitement de texte, Apache OpenOffice Writer 4.1.1.
Pour chaque transcription on retrouve le lieu, la date, l'heure et la durée de l'entrevue. En plus des échanges oraux, les attitudes des intervenants étaient aussi retranscrites.
Après chaque entretien, on a procédé à une première réécoute complète avant de procéder à la transcription.

5.2. Codage des entretiens (annexe 2)

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel d'analyse de données qualitatives NVIVO 10 pour Windows.
Le codage a reposé sur les 5 thèmes proposés, l'entretien étant découpé ainsi. Cela a permis un premier regroupement, en fonction des thèmes abordés. Cependant, certains aspects étant abordés en dehors du thème correspondant, le codage a été affiné, afin de regrouper chaque notion dans le thème correspondant. Cette étape a été réalisée une deuxième fois par un autre médecin, afin de s'assurer de la bonne compréhension des propos des internes.
Le codage a été réévalué la première fois au bout de cinq entretiens, puis au bout de dix et enfin au bout des 17 entretiens.

VI. PROCEDURES REGLEMENTAIRES

La fiche de projet de thèse a été rédigée avec l'aide de mon directeur de thèse. Elle a été soumise au département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux, qui l'a accepté.

La mise en relation avec les personnes interrogées s'est faite via des données publiques, leurs affectations de stage. Les données recueillies au cours des entretiens ont été anonymisées. Il n'a dont pas été jugé nécessaire de répondre à d'autres exigences réglementaires.

RESULTATS

I. RESULTATS QUANTITATIFS

1.1. L'échantillon

Nous n'avons essuyé aucun refus lors de la prise de contact. 5 internes n'ont jamais répondu.
La saturation des données ayant été atteinte, le nombre d'entretien a été arrêté à 17 internes.
Les internes avaient entre 25 et 30 ans. La moyenne est de 27,24 ans, l'écart-type est 1,25 an.

1.2. Les entretiens

Les entretiens se sont passés de la manière suivante :

- 7 entretiens ont eu lieu au domicile de l'interne, dont 6 après la journée de stage et 1 en repos de garde,
- 6 entretiens ont eu lieu au bureau médical du service où les internes étaient en stage,
- 3 entretiens ont eu lieu à la terrasse d'un café, après la journée de stage,
- 1 entretien a eu lieu à mon domicile, après la journée de stage.

Tous les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits intégralement. Nous disposons des 17 enregistrements.
Les entretiens ont eu lieu du 12 juin 2015 au 24 septembre 2015, soit une période de trois mois.

La durée moyenne des entretiens est de 31 minutes et 44 secondes. Le plus long a duré 47 minutes et 34 secondes, le plus court 15 minutes et 18 secondes.
L'écart type est de 7 minutes et 49 secondes.

Tableau I : Caractéristiques personnelles des internes

Interne	Sexe	Âge	Origines	Situation Maritale	Profession/origine du conjoint	CSP père/mère
1	F	25	Région parisienne	En couple depuis 2 ans	Militaire/Vosges (88)	Cadre et profession intellectuelle supérieure/ Mère au Foyer
2	F	28	Charente (16)	En couple depuis 18 mois	Ingénieur informaticien/ Gironde (33)	Agriculteur exploitant/ Cadre et profession intellectuelle supérieure
3	F	29	Gironde (33)	Pacsée – 1 enfant	Auto-entrepreneur/Gironde (33)	Chef d'entreprise/ Mère au Foyer
4	F	26	Martinique (972)	Célibataire	_	Agriculteur exploitant/ Employée
5	M	27	Dordogne (24)	En couple depuis 3 ans	Interne Médecine Générale (interne 13)/Cantal (15)	Cadres et professions intellectuelles supérieures
6	F	26	Landes (40)	En couple depuis 3 ans	Interne Médecine Générale-Urgences/Loire-Atlantique (44)	Cadres et professions intellectuelles supérieures
7	M	26	Vienne (86)	Célibataire	_	Employé/ Profession intermédiaire
8	F	27	Pas-de-Calais (62)	Mariée - 1 enfant	Infirmier – École IADE/ Rhône (69)	Cadres et professions intellectuelles supérieures
9	F	30	Pyrénées-Atlantiques (64)	En couple depuis 4 mois	Interne Médecine Générale/ La Réunion (974)	Ouvrier/Employée
10	M	27	Gironde (33)	En couple depuis 1 an	Infirmière fonction publique/Gironde (33)	Chef d'entreprise/Cadre et profession intellectuelle supérieure
11	F	28	Paris (75)	En couple depuis 7 ans	Imprimeur à son compte/Gironde (33)	Cadre et profession intellectuelle supérieure/ Profession intermédiaire
12	M	27	Rhône (69)	Célibataire	-	Cadre et profession intellectuelle supérieure/ Profession intermédiaire
13	F	28	Cantal (15)	En couple depuis 3 ans	Interne Médecine générale (interne 5)/Dordogne (24)	Cadres et professions intellectuelles supérieures
14	M	26	Pyrénées-Atlantique (64)	En couple depuis 5 ans	Psychologue/ Pyrénées-Atlantiques (64)	Cadre et profession intellectuelle supérieure/ Mère au foyer
15	M	28	Gironde (33)	En couple – 1 enfant	Fonctionnaire à Bordeaux Métropole/Gironde (33)	Profession intermédiaire/ Employée
16	F	28	Gironde (33)	Pacsée – 1 enfant	Technicien informatique/ Gironde (33)	Profession intermédiaire/Employée
17	F	27	Pyrénées-Atlantiques (64)	En couple depuis 2 ans	Ambulancier/Pyrénées-Atlantiques (64)	Artisans commerçants

Tableau II : Caractéristiques principales du projet professionnel envisagé

Interne	Exercice/ Statut	Horaires	Secrétariat	Environnement	Lieu/ démographie	Exercice particulier
1	Urgences-SAMU Salariée	38 heures/ semaine (¾ temps)	-	Hôpital Public	Région Parisienne pour commencer	-
2	Médecine générale/ Libéral	9h-19h 4,5 jours/semaine Samedi en alternance	Oui Physique	Cabinet médical de groupe, à 3	Gironde / Rural	Gynécologie (DIU validé)
3	Médecine générale/ Libéral	8h-21h 3 jours 8h-16h 1 jour Samedi en alternance	Oui Physique	Maison de santé pluridisciplinaire	Bassin d'Arcachon / Urbain	-
4	Gériatre Mixte	8h-19h30 5 jours/semaine	-	Hôpital Public Consultation privée	Martinique	Onco-gériatrie (DIU en projet)
5	Médecine générale/ Libéral	9h-18h 4,5 jours/semaine	Oui Téléphonique - Physique	Cabinet médical individuel	Gironde / Semi-rural	-
6	Médecine Générale/ Mixte	8h30-18h 4 jours/semaine	Oui Physique	Maison de santé pluridisciplinaire	Pyrénées-Atlantiques/Rural	Équipe mobile de Soins Palliatifs (DIU en projet)
7	Urgences-SAMU Salarié	48 heures par semaine	-	Hôpital Public	Landes	Médecine générale - 1 journée/semaine
8	Médecine Générale/ Mixte	Amplitudes horaires «larges » 3,5 jours	Oui physique	Maison de santé pluridisciplinaire	Haute-Savoie/ Semi-rural	Équipe mobile de Soins Palliatifs (DIU en projet)
9	Médecine Générale/ Libéral	8h30-18h30 4,5 jours/semaine	Oui Physique	Cabinet médical de groupe, à 3	Pyrénées-Atlantiques/Urbain	Gynécologie (DIU validé) TCC et Hypnose en projet
10	Médecine Générale/ Libéral	8h-19h 5 jours/semaine	Oui Physique	Cabinet médical de groupe	Gironde/Urbain	½ journée consacrée à une autre activité médicale
11	Médecine Générale/ Mixte	9h-20h 4 jours/semaine	Oui Physique	Maison de santé pluridisciplinaire	Gironde/Semi-rural	Gynécologie (DIU validé) Planning familial
12	Médecine Générale/ Mixte	8h30-19h 5 jours/semaine	Oui Physique	Cabinet médical de groupe, à 3	Pyrénées-Atlantiques/Semi-rural	SSR gériatrique ou EHPAD à mi-temps Médecine du sport
13	Médecine Générale/ Libéral	3,5 jours/semaine	Oui Téléphonique - Physique	Cabinet médical de groupe, à 3 - Ou Individuel	Gironde/Péri-urbain	-
14	Médecine Générale/ Libéral	8h-18h 4,5 jours/semaine	Oui Physique	Cabinet médical de groupe, à 3	Pyrénées-Atlantiques/ Semi-rural	-
15	Médecine Générale	9h-19h 5 jours/semaine	Pas obligatoire	Cabinet médical de groupe, à 2 ou 3	Gironde/Urbain	Médecine du Sport (DU Validé)
16	Médecine générale/ Mixte	8h30-19h 4 jours/semaine	Oui Physique	Maison de santé pluridisciplinaire	Gironde/ Péri-urbain	PMI (DU pédiatrie validé – Gynécologie en projet)
17	Médecine générale/ Libéral	9h-18h 4,5 jours/semaine	Oui Physique	Cabinet médical de groupe, à 3	Pyrénées-Atlantiques/ Semi-rural	Gynécologie (DIU validé) Nutrition à moyen terme

II. RESULTATS QUALITATIFS

2.1. Motivations personnelles

2.1.1. La famille

- L'évocation de la famille dans la qualité de vie

Elle est évoquée dans tous les entretiens, quelques soient les priorités.

Sur l'échelle des valeurs, elle trouve sa place de trois manières. Pour 6 des participants, comme l'interne 1, en DESC de médecine d'Urgence, cela passe clairement **avant le reste** : *« le temps à consacrer aux enfants, si j'en ai un jour, ça c'est quelque chose qui passe en priorité, devant ma vie professionnelle »* insistant même, *« la famille c'est vraiment avant le reste ».*
L'interne 5 est dans le même cas, voulant même se préserver de certains risques professionnels : *« pouvoir m'occuper de mes enfants et de ma femme... ma future. Pouvoir avoir des vacances, du temps libre, pour faire autre chose que du travail, de la médecine... Même si j'aime beaucoup la médecine mais bon je ... (hésite)... je n'ai pas envie de faire un burnout ou de faire un AVC à l'âge de la retraite, le jour de ma retraite (rires). Voilà donc je ne veux pas m'acharner au boulot ».*
En couple avec ce dernier, l'interne 13 est très claire : *« Bon alors moi, mon bonheur, c'est pas du tout professionnel, ça c'est sûr, c'est que personnel. Ben c'est mon conjoint, c'est le fait de créer une famille de faire des enfants. Voilà c'est ça. »*
Pour les internes ayant déjà fondé une famille (4), si tous en soulignent l'importance, la réponse est très spontanée et l'ordre des choses est sans équivoque pour 2 d'entre eux :

- Interne 8 : *« Ben forcément la famille quoi, le fait de pouvoir partager beaucoup de choses avec mon conjoint, d'avoir un enfant, ça c'est un bonheur » ;*
- Interne 15 : *« Ben moi ce qui participe à mon bonheur (...), c'est avant tout ma famille, ma fille (dans un grand sourire entendu), ça c'est vraiment mon bonheur ! (...) Oui la priorité c'est avant tout la famille »* ;

Pour le plus grand nombre (9), la qualité de vie est histoire d'**équilibre**, plus partagée entre sphère privée et vie professionnelle : *« quand on a une bonne qualité de vie, on arrive à combiner sa vie de famille, sa vie sociale avec ses amis, un équilibre familial avec une éducation des enfants que l'on fait soi-même et qui n'est pas faite par d'autres personnes, un travail dans lequel on s'épanouit*

et qu'on fait de façon euh... ouais, en étant heureux dans son travail » (interne 3).
L'interne 10, qui a bien conscience des exigences de sa profession, *« de toute façon à partir du moment où je choisis d'être médecin généraliste, on sait que ça va être quelque chose de central dans notre vie »,* souligne l'importance de la vie familiale : *« Ça gardera une place prépondérante, comme ma famille, que ce soit ma famille euh... Mon couple que ma famille, mes parents, mon frère et le reste oui, c'est très important ».* Il conclut donc que l'idéal pour lui aussi est *« de trouver un certain équilibre, qui, à mon avis, est difficile à trouver mais une fois qu'il l'est, est très agréable ».*
L'interne 11 résume de manière très concise cet état d'esprit sur l'ordre des choses : *« Ben y a pas de premier (rires) ».*

Enfin, pour l'interne 2, qui **évoque avant tout sa profession** durant l'entretien, il faut néanmoins trouver un équilibre avec la famille, et même le reste : *« le problème après c'est que moi j'ai besoin d'un équilibre. Donc effectivement j'ai besoin de... euh... partager ma vie entre mon métier, la sphère affective, familiale, enfin les deux, et mes patients et la danse qui m'occupe... euh... pas mal de temps ! ».*
L'interne 4, focalisée sur son travail, admet : *« je crois que si je me trouvais quelqu'un effectivement ce serait un plus. (...) Et entourée de ma famille, pas trop loin de mes parents ».*

- Influences et contraintes des enfants

8 internes affirment que, sur le plan personnel, c'est leur situation familiale qui va avoir le plus d'influence sur leur futur exercice.

Les influences et freins sont principalement de deux ordres sur le plan familial : les enfants et le conjoint. Ils sont abordés aussi bien par des internes célibataires que par les internes à la vie de famille déjà établie.

Au premier thème de la grille, les 3 internes mamans de l'étude répondent clairement que c'est leur famille qui va le plus influencer leur exercice professionnel.
Elles l'expriment de manière différente :

- les choix professionnels sont déjà impactés de manière concrète pour l'interne 16 par la présence d'un enfant : *« même quand je choisis des remplas, je choisis pas des trucs où je peux pas rentrer chez moi le soir, tu vois ça me paraît trop important. Pour moi, c'est trop important pour le moment de voir mon petit garçon grandir » ;*

- l'interne 8, maman et désirant un exercice semi-rural, note la contrainte de la scolarisation de son enfant qui peut influer sur son installation, du fait d'infrastructures limitées : *« Je pense qu'on s'installera en semi-rural, mais on verra quand même pour les écoles à proximité, les crèches. C'est important quand même. Faire une heure de trajet pour les emmener à l'école... » ;*
- **l'interne 3 imagine que le fait d'avoir son enfant oblige même à revoir les ambitions professionnelles à la baisse** alors même qu'elle évoque longuement leur métier comme une valeur fondamentale au cours de l'entretien : *« Pour l'instant, je suis partie sur de la médecine générale en libéral, sans autre mode de pratique. Ça pourrait changer si je vois que dans ma vie personnelle ça devient trop compliqué d'être uniquement libérale. (...) C'est vrai qu'une création d'entreprise ça prend du temps, et du temps on en a besoin pour ses enfants, c'est vrai que j'aurai certainement besoin de revoir mes ambitions à la baisse mais... (marque une pause)... On verra ! (...) Si je sens que ma famille a besoin de moi, je diminuerai mon temps de travail. »* Cependant, elle n'exclut pas que ce soit son conjoint qui s'adapte : *« c'est une possibilité, je pense que ce sera l'objet d'une discussion en fonction aussi de nos évolutions possibles, dans notre travail, chacun ».*

Mais quoi qu'il en soit, pour elle, un enfant ça change les choses : *« oui c'est sûr qu'aujourd'hui, le fait d'avoir un enfant, ça change un peu la donne. C'est sûr que s'il n'avait pas été là je me serais lancée euh... Oui j'aurais fait du libéral comme on peut se l'imaginer, à fond, tout le temps, en me disant plus je travaille plus je gagne de l'argent mais là je ne vois pas du tout les choses comme ça ».*

L'interne 2, qui se projette, imagine aussi un exercice différent, revu à la baisse : *« si je deviens maman, je serai obligée de diminuer mes horaires pour être un peu plus disponible pour mes enfants. Mes enfants resteraient euh... pas la priorité par rapport à mon travail, je m'arrêterai pas de travailler, mais j'adapterai mon rythme oui ».*

Les contraintes et l'influence de la vie de famille avec un enfant est aussi évoquée par ceux qui n'en sont pas encore là. Cela peut clairement orienter vers un exercice plutôt qu'un autre :

- pour l'interne 1, la structure familiale conditionne même son exercice professionnel, entre petite et grosse structure *« alors moi, célibataire, si c'était le cas, je veux pas travailler à l'hôpital d'Agen, si je redeviens célibataire je veux m'installer dans une grosse ville avec cinémas, spectacles, concerts... Mais actuellement, avec un projet familial, non, c'est pas grave ».*

- l'exercice de remplaçant semble moins compatible avec une vie de famille : *« je pense que la limite, elle viendra naturellement avec la vie de famille où je pense que le métier de remplaçant est moins compatible (...) une fois qu'il y a les enfants qui arrivent, je pense que c'est moins compatible, voire pas du tout, et qu'une vie entre guillemets plus posée, avec un point d'ancrage à un seul endroit, est plus compatible avec une vie de famille et des enfants »* (interne 10, en couple depuis un peu moins d'un an).

Cela peut modifier l'organisation de l'exercice choisi, aussi pour les salariés tel que l'interne 7, futur urgentiste : *« Moi j'ai pas encore la notion de famille si tu veux, c'est quelque chose qui m'est un peu étranger. Si j'avais des enfants, une compagne, je pense que ce serait travailler en semaine, avoir mes week-ends, pouvoir aller chercher mes enfants à l'école et passer du temps avec eux »*.

Le seul papa de l'étude (interne 15), n'évoque à aucun moment le fait d'aménager son temps de travail pour la famille mais son projet concret existe du fait de subvenir à leurs besoins.

<u>- Influence et contraintes du conjoint</u>

L'influence du conjoint sur la vie professionnelle est abordée, quand la relation est installée. Sa situation professionnelle est centrale.

La contrainte professionnelle du conjoint la plus développée et la plus prégnante est avant tout d'**ordre géographique. Le lieu d'installation va dépendre du travail du conjoint, qui limite les perspectives :**

- Pour l'interne 1, 2 ans de vie commune avec projet de mariage, le projet professionnel est forcément impacté : *« si je veux m'installer avec mon copain, il est militaire, si je reste avec lui, je vais aller m'installer là où il vit. Clairement ça va... euh... ça peut changer ce que je veux faire. Ça sera forcément dans ce sens-là du fait de sa carrière ».* Elle pourrait même renoncer à une carrière universitaire : *« le poste qu'on me propose à C..... l'année prochaine est un poste d'attente pour un poste de chef de clinique (...) mais après ça dépendra aussi de mes choix euh... personnels derrières. Notamment si je dois suivre mon conjoint » ;*
- l'éventualité d'une carrière universitaire s'est aussi effacée, en partie, pour des raisons de mobilité pour l'interne 17 : « *Là pour le coup, le fait d'être en couple, c'est quelque chose qui a influencé aussi. Parce que ça veut dire aussi aller plus souvent sur Bordeaux, d'être plus prise par les cours... » ;*

- l'interne 6, très attachée à l'Aquitaine, fait déjà une concession : *« (Sur un ton bien plus grave que pour le reste de l'entretien) Mon compagnon qui a décidé de faire le DESC d'urgence et qui a pas été accepté sur Bordeaux. Donc déjà c'est partir à Nantes et euh... Le temps qu'il finisse son stage de SAMU-SMUR-régul'-réa, et ensuite c'est deux ans d'assistanat, plus ou moins rendre des années à l'hôpital qui l'a accueilli pour faire son DESC (...) on part au minimum deux ans et demi ».* Elle doute de la faisabilité d'un retour ultérieur : *« Ben oui compromis parce que voilà, est-ce que dans deux ans et demi, enfin dans trois ans, lui il pourra revenir ici ? Je sais pas »* ;
- L'interne 5, en couple depuis 3 ans, semble avoir des envies, rurales, antagonistes à celles de sa compagne *« Et bien surtout mademoiselle, qui vient de la campagne profonde et qui ne veut certainement pas y retourner, qui aimerait plutôt s'installer en ville mais bon... »*. Mais, même en cas d'exercice salarié, il suivra : *« ça ne dépend pas que de moi (...) elle, ce n'est pas sûr qu'elle fasse du libéral mais plutôt du salariat donc je m'installerai probablement là où elle trouvera un poste » ;*
- L'interne 14, au projet concret d'installation soulève le fait d'être tributaire d'une offre d'emploi adéquate pour sa compagne : *« psychologue il n'y en a pas partout, c'est un peu difficile à chercher... à trouver, le travail. Donc là, elle est en train de voir pour chercher du travail sur la côte Basque (...) Elle est assez jeune surtout, elle ne veut pas s'installer en cabinet, donc il faut bien trouver une activité salariée et il n'y a pas des postes partout. Donc là elle est en train de chercher. Ça, ça peut être un frein à... Ouais »;* de même pour l'interne 8 *« lui ce sera en fonction de là où il travaille aussi, il va forcément avoir un poste hospitalier en étant infirmier anesthésiste. Donc s'il trouve pas de poste hospitalier dans une région qui me plaît, avec la possibilité de faire ce que je veux, ben effectivement je m'adapterai »* ;
- L'interne 16, donc le conjoint est employé, n'a pas vraiment de marge quant au secteur d'installation : *« Ben ma vie de famille qui fait que... trouver le cabinet idéal c'est pas si simple dans le secteur, où je peux aller (...) c'est là où il bosse quoi. Puis il est pas tout jeune mon conjoint, il peut pas se barrer, trouver un boulot comme ça, c'est pas évident » ;*

La **nature de l'emploi et les revenus du conjoint** sont aussi abordés. Ils peuvent nécessiter de moduler l'activité libérale. L'interne 3, qui évoquait spontanément la possibilité de moins travailler ultérieurement pour s'occuper de son fils, ne peut pas pour le moment du fait de son conjoint, afin de maintenir un niveau de revenus correct : *« pour l'instant ce n'est pas le cas parce qu'il (son conjoint) se lance ! Donc pour l'instant j'ai un peu la pression ».*

Le **cadre restrictif d'un emploi salarié** oblige les mamans (8 et 16) à s'adapter : *« c'est pas lui qui arrive en retard au boulot, faut aller déposer bébé, c'est moi qui arrive en retard, c'est moi qui adapte mes horaires aux siens, on adapte la garde des enfants, de l'enfant en l'occurrence à ses horaires à lui »* (interne 8). Le seul père de l'étude n'en fait pas du tout état.

Enfin, les **origines du conjoint** ont chamboulé les certitudes de l'interne 9, en couple depuis 4 mois : *« Franchement je cherchais pas du tout quelqu'un d'étranger, au pays Basque, fallait que ce soit... (rires)... Et là je me retrouve avec quelqu'un qui est à 10 000 bornes d'ici donc... Je sais pas. Du coup je pense que ça va rallonger mon temps de remplacements ».*

- les parents, les frères et sœurs

La famille dont sont issus les internes est une notion développée pour l'avenir au cours des entretiens. Elle fait partie intégrante de l'épanouissement personnel et de la qualité de vie. Elle est citée par 7 internes parmi les facteurs personnels qui peuvent le plus influencer l'exercice ultérieurement.

Il s'agit essentiellement de rester à proximité ou de s'en rapprocher, l'interne 9 résume assez simplement : *« Oui, oui oui, je pourrais pas être loin. Je serais malheureuse, c'est sûr ».*

La famille a une influence primordiale sur l'exercice futur pour l'interne 4 : *« ma famille. Je pense que ce sont les origines, j'y suis très attachée (...). Ce qu'il me faudrait c'est de vivre (...) entourée de ma famille, pas trop loin de mes parents ».*

S'en éloigner semble difficile, à des degrés différents :

- *« Oui c'est important quand même. Je les vois beaucoup. Pour moi ils sont importants, bon je sais pas si c'est lié à notre histoire familiale, certainement, mais euh... Ouais, on se voit souvent et c'est vrai que, quand on parle avec mon conjoint, il m'a dit « si t'as un poste dans les îles », alors lui il part mais alors pas de problème. Mais moi je peux. J'ai ma famille, je peux pas » (interne 16) ;*
- *« Je veux vraiment rester dans la région parce que j'ai toutes mes attaches familiales » (interne 10) ;*
- *« Après j'ai quand même envie de rester assez proche de ma famille donc Bordeaux-Paris c'est quand même plus simple qu'ici, par exemple, avec le TGV ça sera très bien »* (interne 11) ;

- *« Ma famille pas trop trop loin non plus. (…) Voilà, mes frères et sœurs surtout, une de mes sœurs en particulier avec qui je suis plus proche »* (interne 13) *;*
- *« On est d'ici, et on a de grandes familles tous les deux, on est très soudés dans nos familles respectives et nos familles aussi, puisqu'on se connaît depuis toujours, sont très soudés, donc ce qui a influencé mon projet pro c'est surtout sur la localisation géographique, c'est de rester ici »* (interne 15) ;

Même si la distance s'installe, il est important de se retrouver : *« Avoir un noyau familial sur lequel te reposer, avec qui tu prends le temps de faire des choses, ce qui est difficile quand t'es loin d'eux mais ça ne fait qu'augmenter le plaisir que tu as quand tu les vois »* (interne 7).

Elle fait partie des facteurs à prendre compte lors de la prise d'un poste. Ainsi, l'interne 1 explique : *« si l'année prochaine je me rapproche de P..., y'a quand même la famille qui entre en jeu, je suis pas mécontente de remonter à P... pour me rapprocher de ma famille (…) je suis pas mécontente de me rapprocher de ma famille, de mes frères et sœurs, de mes parents et de mes grands-parents ! ».*

La famille est aussi un moyen de palier à certaines contraintes professionnelles : des grands-parents à proximité c'est aussi la possibilité de faire garder ses enfants. Cela facilite le quotidien et la conciliation de toutes les activités : *« mes parents habitent à 20 minutes d'ici, même si on part sur le bassin on serait toujours à 20-30 minutes de chez eux, ils sont hyper disponibles pour garder P. »* (interne 3).
En évoquant la possibilité de devoir s'adapter du fait des horaires stricts de son conjoint, l'interne 16 relativise : *« on a l'avantage que mes parents, ils habitent juste à côté aussi donc euh... Il va chez la nounou, ma mère le récupère après, du coup mon conjoint le récupère »,* et elle, elle peut finir plus tard.
L'interne 17 assume ouvertement qu'un des avantages à rester dans sa région d'origine, c'est aussi pour rester proche de ses parents, *« pour pouvoir aider dans la gestion aussi de mes enfants, pourquoi pas (rires) ! ».*

2.1.2. Les facteurs géographiques

- l'origine géographique

Pour 10 internes, l'origine géographique est un des facteurs ce qui va le plus influencer l'exercice ultérieurement, sur le plan personnel.

Elle est cependant **abordée par tous les internes** et influe inévitablement sur leur exercice ultérieur.

Pour 5 internes, cette notion est très intriquée à la famille. Le fait de rester où de se rapprocher de sa région, c'est aussi rester près de sa famille : *« La région. Le Pays Basque. Je suis d'ici, j'y suis très attaché. Ma région et ma famille d'ailleurs »* (interne 9).

1 interne (1), qui a déménagé de nombreuses fois depuis l'enfance, veut débuter en région parisienne, sa région d'origine, puis ne veut absolument pas se fixer sur le plan géographique sur le long terme, l'empêchant d'imaginer un exercice libéral : *« Le problème du libéral, c'est pas franchement l'emploi du temps, c'est plutôt que tu ne t'installes pas en libéral quelque part pour 5 ans (...) mon problème c'est la fixation dans le lieu qui n'est pas compatible avec mes envies, j'ai pas du tout envie de me fixer dans un lieu, j'ai toujours déménagé beaucoup, j'aime beaucoup changer de ville ».*

- la région d'adoption

5 internes souhaitent s'installer dans leur région d'adoption/d'études. Ils l'expliquent par les réseaux personnel et professionnel créés :

- *« Ben euh... Disons que là, tous les amis que je me suis fait pendant l'internat, que ce soit des internes, où même en dehors, parce que, par exemple je joue pas mal au tennis, j'ai fait pas mal de rencontres, sont plutôt autour de Bordeaux, donc c'est vrai que moi ça m'influence pour rester par là ! »* (interne 11) ;
- *« là y a quand même pas mal de potes qui sont dans le coin, les potes de l'internat, je commence à connaître un peu les réseaux professionnels... Je pense que forcément ça va avec ! »* (interne 12) *;*

- le cadre de vie

La région et le cadre qu'elle procure est vantée par plusieurs internes et participe à l'établissement de leur projet, à leur implantation géographique. Elle fait partie intégrante du confort de vie que veulent atteindre les interviewés. Si l'interne 14 veut revenir chez lui, c'est aussi parce que *« bon déjà, il y a le lieu, ça revient. Voilà, la côte Basque, il y a l'Espagne à côté, la mer, la montagne (...) Voilà, tout cet environnement ».* Elle offre tout ce dont a besoin l'interne 17 : *« puis moi j'adore la montagne, mon copain adore surfer, on est vraiment dans la région qui convient aux deux ».*
L'interne 6 confirme *« J'adore. Ah oui moi je... je sais pas, je trouve que c'est bien, t'as tout, t'as la montagne, t'as la plage, t'as la grosse ville comme t'as le truc complètement paumé. Tout ce que tu veux, tu l'as. Donc pourquoi aller chercher ailleurs alors que j'ai tout. Et puis j'aime le canard (rires) ! Culinairement parlant, nous sommes une région... franchement... Et puis y a les fêtes, tout ça aussi ».*
Le cadre peut impacter positivement l'expérience professionnelle pour l'interne 12 : *« ça me fait plaisir d'aller bosser et dans un cadre comme ça, si… Quand tu bosses un jour tu n'es pas bien, t'en as marre, tu sors et t'es bien, tu essaies de te détendre, tu penses à autre chose. T'es tout de suite ailleurs (montre l'océan par la fenêtre) ! ».*

2.1.3 La vie sociale

Elle aussi influe essentiellement sur le lieu d'exercice, comme l'explique l'interne 6 : *« j'ai vraiment mes deux meilleurs amis du collège-lycée qui sont là, qui restent là, après ceux de l'internat, ben je les ai connus du fait de l'internat donc ils ne sont pas loin de Bordeaux ».*

Pour l'interne 13, ses amis sont importants pour son épanouissement personnel, *« mes amis aussi, qu'ils soient proches de moi, et c'est le cas en ce moment ».*
Les internes 10 et 15 en font une valeur prépondérante : *« J'ai beaucoup d'amis aussi, les voir régulièrement, faire des repas, faire des fêtes, ça fait partie des moments que j'apprécie beaucoup »* (interne 15).
« Maintenant mes copains garderont une place prépondérante dans ma vie, c'est certain, parce qu'eux aussi, une bonne partie en tout cas est en médecine et qu'ils vont, si ce ne sont plus à Bordeaux, revenir sur Bordeaux à la fin de l'internat et rester dans les parages » (interne 10).

2.1.4. L'environnement et le capital social

Si les internes ne l'abordent pas directement, **l'analyse des entretiens nous permet de faire le lien entre certaines motivations, l'environnement et le capital social.**
L'interne 1 a toujours beaucoup déménagé depuis son enfance et ne se voit pas se fixer professionnellement. Elle a 6 frères et sœurs et met sa vie familiale en avant, comme première valeur participant à son bonheur. L'interne 5 est dans le même cas, mettant la vie familiale au premier plan de ses motivations, alors qu'il a 3 frères et sœurs et des parents professeurs du secondaires.

L'interne 3 voit son père et son conjoint être entrepreneurs et parle à trois reprises de l'importance de créer quelque chose, *« la réussite de l'entreprise de création »*. Par ailleurs elle parle à plusieurs reprise de la nécessité de diminuer son activité, bon gré malgré, pour éduquer ses enfants, *« une création d'entreprise ça prend du temps, et du temps on en a besoin pour ses enfants (...) j'aurais certainement besoin de revoir mes ambitions à la baisse (...) je diminuerai mon temps de travail (...) le fait d'avoir un enfant, ça change un peu la donne »;* cette crainte peut renvoyer au fait que la mère de l'interne s'est arrêtée de travailler alors qu'elle avait 4 ans, pour éduquer ses enfants. Cependant, il existe une ambivalence car dans le même temps *« la garde d'enfant s'est déjà organisée et ça (la) frustre parce (qu'elle a) l'impression que ce n'est pas (elle) qui s'en occupe ».*
L'interne 7 fait directement le lien entre sa motivation première et son environnement familial : *« Je dirais effectivement avoir un niveau de vie correct c'est important, parce que... Dans ma famille y a des gens qui n'ont pas de sous et ça leur...pèse. Beaucoup. C'est un gros obstacle à une bonne qualité de vie ».*
L'interne 13, dont les parents exercent une profession médicale, n'était pas très convaincue au moment de s'engager en médecine : *« Parce que je savais pas trop quoi faire quand j'étais en terminale et puis mes parents m'ont dit « bon ben y a médecine ! ». Je l'ai eu et j'ai continué quoi mais toutes mes études je... ça me gonflait un peu quoi (...) Donc j'ai continué jusqu'au bout mais ça me stresse un peu donc du coup donc c'est pour ça que... c'est pas forcément... (ne finit pas sa phrase, marque une pause) ».*

2.1.5. Les autres valeurs

Deux internes évoquent une autre activité susceptible d'influencer leur exercice futur. Il s'agit d'activités sportives et/ou artistiques à haut niveau : *« je garderai mon lundi après-midi pour la*

danse » (interne 2).

Le football rythme déjà le quotidien de l'interne 15 : *« Et surtout, moi c'est particularité dans ma vie, c'est le foot, que je fais depuis que j'ai 5 ans. J'ai jamais arrêté et c'est très important pour moi oui (...) Par exemple, je m'entraîne trois fois par semaine donc ça fait lundi, de 19h30 à euh... L'entraînement il finit... Non c'est 20h maintenant, donc c'est 20h-22h, et puis après on reste toujours un peu au foyer, boire un coup, je rentre à la maison vers 11h, à peu près. Je le fais pas tout le temps parce que sinon c'est pas faisable, mais en gros c'est 20h-22h30 minimum le lundi, le mardi, le jeudi et après c'est match le week-end et ça peut prendre toute la journée puisqu'on se déplace partout en Aquitaine, donc après c'est au moins une journée du week-end. Donc ça prend pas mal de temps (...) le foot il me reste quoi ? 2 ans maximum ? Donc après ce sera fini ça. Donc après j'aurai beaucoup plus de temps le soir, mais c'est vrai que ça j'y tiens, c'est un besoin que j'ai, de pouvoir faire du foot encore, tant que je peux. Mais malheureusement ça passe au détriment, des fois, de la vie de famille. Mais bon, c'est comme ça.*

Les loisirs sont cités dans tous les entretiens en première place desquels on trouve le sport et les voyages, sans influence notable sur l'exercice ultérieur.

2.2 Motivations professionnelles

Pour 16 internes, le travail fait partie intégrante de la qualité de vie et de l'épanouissement personnel. **Trois internes l'évoquent en premier au moment de développer leurs valeurs personnelles :** *« alors moi j'ai besoin de faire un métier qui, intellectuellement, me stimule et il se trouve qu'être... enfin me mettre au service des gens à travers le rôle du médecin, c'est quelque chose qui me paraît très intéressant »* (interne 2) ; *« moi je dirais que pour l'instant c'est vraiment professionnellement que j'arrive à m'épanouir en fait, dans le milieu de la gériatrie quoi qu'en disent beaucoup »* (interne 4).

L'interne 6 explique que cela participe clairement à son épanouissement : « *En effet, déjà il y a le boulot, j'ai pas fait médecine pour me faire 9 ans d'études pour rien, faut dire ce qui est, j'ai toujours dit que si t'es content de te lever le matin pour aller au travail, c'est déjà un bon plan pour ta vie. Voilà donc, être content d'aller travailler, je pense que c'est super important, faut dire ce qui est. Je suis plus sur ce leitmotiv là ».*

Les **autres internes, mettant en avant la vie familiale ou l'équilibre des valeurs, soulignent cependant l'importance de leur profession** pour leur épanouissement. L'exercer est nécessaire pour leur bonheur :

- *« bien sûr, ça par contre je souhaite exercer mon métier ce n'est pas négociable »*(interne 1);
- l'interne 3 évoque le bonheur de travailler, *« un travail dans lequel on s'épanouit et qu'on fait de façon euh... ouais en étant heureux dans son travail. J'ai vraiment un désir d'avoir un moment dans ma journée où je travaille, parce que mon travail me rend heureuse ».*
- ce n'est pas alimentaire pour l'interne 11, mais une source d'épanouissement : *« C'est épanouissant, après je dirais que je pense que euh... J'en aurais... Enfin j'aurais pas besoin de... J'ai pas besoin de travailler, comment dire ça... pour gagner ma vie (...) C'est plus pour mon épanouissement ».*
- *« Pour moi travailler c'est normal. Je m'ennuierais si je travaillais pas (...) Si t'étais tout le temps en vacances tu t'ennuierais, tu culpabiliserais... Enfin moi je culpabiliserais en vacances tout le temps et je m'ennuierais. J'aime bien la médecine, ça me fait plaisir d'aller bosser »* (interne 12).

L'interne 15 place son travail au second plan : *« Alors le boulot euh... Le boulot, honnêtement, moi dans ma vie, c'est un truc qui est secondaire (...). J'envisage ma vie en tant qu'individu, (...), qui a ses plaisirs et mon travail c'est être médecin, m'occuper des gens, tout ça. Mais c'est pas mon premier rôle ».* Mais il concède qu'il est totalement **nécessaire à son épanouissement :** *« si je veux pouvoir profiter de ça, il faut quand même que je puisse m'épanouir quand même dans mon travail et avoir un travail qui me plaît, évidemment ».*

Seule une interne (13) ne voit pas du tout son épanouissement dans la profession de médecin généraliste : *« Bon alors moi mon bonheur, c'est pas du tout professionnel (...), j'aime bien travailler mais ça reste... Mon travail ».* Elle évoque même la possibilité d'arrêter : *« Mais arrêter la médecine, oui oui. Je pourrais largement faire autre chose ».*

Divers aspects sont développés pour expliquer l'intérêt de la profession.

2.2.1. L'utilité sociale

Parmi les futurs généralistes, le rôle social de la profession revient : *« et j'ai besoin de faire quelque*

chose qui soit éthiquement positif (…). Voilà, j'ai l'impression d'être utile un minimum » (interne 2)*, « j'ai l'impression d'apporter quelque chose aux gens et ça c'est important pour moi (…) pouvoir s'occuper des gens par l'intermédiaire de mon travail »* (interne 3) et *« pallier au manque que peuvent ressentir les gens et les amène aux urgences ».*

L'interne 2 explique alors que ce rôle participe à un renforcement positif *« probablement que ça me valorise et que du coup ça participe euh...(longue hésitation) à asseoir mon ego, c'est tout à fait possible et je m'en porte pas plus mal ».*

Cette notion n'est pas développée par les internes présentant un DESC.

2.2.2. La relation aux patients

- La relation médecin-malade

Elle est **au centre de l'intérêt professionnel** pour plusieurs internes :

- l'interne 2 : *« j'en ai pas parlé mais je suis très intéressée par la relation médecin-malade, notamment j'ai fait une formation sur l'entretien motivationnel, donc faire d'autres formations pour enrichir... euh.. cette relation-là ça me paraît intéressant. Je pense me former sur les 10 prochaines années, pas au.. pas au cas par cas et dans deux ans me lancer entièrement sans envisager d'autres formations. D'ailleurs tu me fais un peu d'entretien motivationnel là, tu récapitules, un peu de renforcement (rires) ! (…) la relation avec les patients se passe hyper bien, c'est ça qui m'épanouit le plus » ;*
- l'interne 10 : *« Enfin ce lien qu'on peut avoir avec les patients, que ce soit pas forcément par la gratitude, c'est pas un lien amical non plus... Il y a une certaine proximité qu'on a avec nos patients et qu'on maintient tout au long de l'exercice (…) ça fera partie des choses qui me pousseront à m'installer effectivement ».*
- l'interne 15 : *« Je sais pas s'il y a des formations pour ça mais c'est ce que j'aime dans la médecine générale, c'est la relation en fait avec le patient ».* Il insiste : *« moi ce qui me plaît, c'est de...de... Que les gens me fassent confiance et puis de tisser un lien de relation entre eux et moi (…) je m'épanouis beaucoup là-dedans, quand j'arrive à trouver cette relation de confiance avec eux »*

Cet relation est unique à la médecine générale et fait son intérêt pour l'interne 2 : *« l'avantage d'être en libéral c'est que la relation est dans les deux sens, c'est pas juste « toi tu viens pour avoir une échographie par un cardiologue ou par un radiologue ». Quand tu es médecin généraliste il y a*

quand même une réciprocité qui se créée. Après ça se passe bien ou pas bien, bien sûr, mais je pense que les gens sont bienveillants ».
L'interne 9 confirme : *« j'aime beaucoup le relationnel avec les gens, l'échange... Oui oui. Donc je pensais que c'était la médecine générale qui pouvait le mieux... euh... le mieux apporter ça ».*

- La reconnaissance des patients

Dans cette relation intervient aussi la reconnaissance que l'on peut en tirer :

- ainsi l'interne 8 raconte : *« moi j'aime beaucoup le contact avec les patients (...) voilà, cet échange, voir qu'on vous dit « merci docteur », qu'on a apaisé quelqu'un ».*
- les patients sont les seuls juges qui comptent pour l'interne 9 : *« je préfère avoir la reconnaissance de mes patients que celle de mes pairs »* ;
- pour l'interne 10, *« ça reste plaisant et on rencontre encore suffisamment de personnes qui nous... qui nous montrent et expriment leur gratitude, pas forcément à la fin d'une consultation, ça peut être la fois d'après, en les croisant au cabinet (...) ça fait partie des plaisirs je pense de ce métier, sans orgueil mal placé » ;*

- l'interne 15 parle d'une *« reconnaissance... Oui en quelques sortes, ils sont reconnaissants les patients » ;*
- l'interne 16 explique que *« le retour des patients, quand on voit qu'ils sont contents, qu'on les a soulagés, ça fait plaisir ».*

- Le suivi des patients

Au-delà de l'échange, cette relation doit s'inscrire dans le temps, un fil conducteur, propre à la médecine générale. Il est une des valeurs qui fait **pencher la balance vers l'installation**. Ainsi, l'interne 14 commence : *« j'aime bien le relationnel (...) après c'est notre rôle de coordonnateur et vraiment de suivi des patients »*. Puis il précise : *« c'est surtout le suivi. À l'hôpital, je trouvais que les gens, on savait pas ce qu'ils devenaient... ça c'est quelque chose que j'envisage pas »* ;
Cette valeur apparaît d'ailleurs comme un frein pour plusieurs internes pour envisager des remplacements à long terme : *« le manque de liant, de suivi chronologique avec les patients va aussi participer, à mon avis, au fait que les remplacements vont peut-être plus ou moins rapidement être insuffisants pour moi, en terme de qualité de vie et de plaisir dans ce métier »* (interne 10).

À propos des remplacements, l'interne 11 explique aussi que *« le plus gros inconvénient que je trouve, c'est que j'aime beaucoup le suivi des patients (...) mais on va pas trop savoir de quoi euh... si notre traitement a bien fonctionné (...) je me dis que c'est quand même plus intéressant de suivre les patients ».*

Pour l'interne 16, ce suivi, absent dans l'exercice des remplacements, est primordial pour son épanouissement professionnel : *« ça me saoule déjà de faire prestataire de service tu vois. J'ai l'impression que je perds vachement de ce que je connaissais parce que je gère le truc et puis après j'ai plus la... Quelque fois je rappelle mais j'ai pas la suite des histoires, le suivi, le truc. Puis on a pas la même... Moi j'aime bien avoir de la reconnaissance et quand on est remplaçant on a beaucoup moins de reconnaissance parce que... Ben parce qu'on suit pas après les trucs derrière... Donc je m'épanouis moins quoi moi niveau remplas quoi ».*

2.2.3. Le travail en groupe

Le travail en groupe est plébiscité par l'ensemble des internes, à une exception près.

Il permet de **se sentir plus en sécurité et de progresser** dans son exercice : *« J'aime bien partager en fait. Après c'est aussi parce que ça me rassure, pour dire que voilà, j'ai quelqu'un sous la main pour partager des trucs. Je trouve que, sinon, on a vite la possibilité de s'encroûter quoi. Parce qu'on peut facilement s'isoler quand même »* (interne 16). La sécurité n'est pas seulement celle de l'exercice, il s'agit aussi de la sécurité du praticien : *« Voilà, ça rassure, même si on a un problème ben... Par exemple, en ce qui concerne la sécurité pour les femmes, les choses comme ça, ben y a quelqu'un à côté »* (interne 11).

Pour l'interne 8, cela peut créer une émulation : *« Parce qu'on travaille mieux en groupe et puis on apprend les uns des autres quoi, il faut savoir être humble ».*

Pour l'interne 12, l'exercice en groupe participe de l'évolution normale de la profession, la pratique individuelle « c'est le passé ».

L'**échange sur les patients est nécessaire** : *« à la longue on a envie d'échanger sur les patients, on se dit qu'on a pas envie d'en parler non plus à (s'arrête)... Voilà, pour échanger sur les patients »* (interne 17). Surtout si l'on s'est senti en difficulté : *« Mon deuxième stage le midi on dînait tous ensemble, ça permettait d'échanger sur des problèmes professionnels qu'on a pu rencontrer, dans des consultations »* (interne 10).

Pour l'interne 5, privilégiant l'exercice individuel, cette nécessité d'échanger existe aussi, par un autre moyen, les groupes de pairs : « *Après moi ce qui m'intéresse quand même c'est d'avoir un contact avec les confrères, le groupe de pairs je pense que c'est fondamental, de discuter entre confrères, d'où les cabinets de groupe. Si on travaille tout seul, il faut pouvoir le remplacer par autre chose ».*

Enfin, certains soulignent que l'exercice en groupe **facilite l'organisation sur le plan logistique** : « *La vision du groupe en tout cas m'a plu. Le principe de partager des locaux, (...) de pouvoir du coup avoir une secrétaire et de pouvoir la payer parce qu'on est plusieurs... »* (interne 10).

2.2.4. La création d'une entreprise

C'est une valeur développée par l'interne 3 *: « je voudrais un exercice libéral (...) dans une structure qu'on aurait pu créer à plusieurs (...). Créer quelque chose, c'est pour ça que le libéral m'intéresse, créer quelque chose c'est important (...) la réussite dans l'entreprise de création»*

2.2.5. Les revenus

Aucun interne n'évoque le fait de vouloir gagner énormément d'argent, ils n'ont pas fait médecine pour devenir riche, *« après je fais pas médecine pour gagner de l'argent. C'est sûr »* (interne 11). Cependant, l'ensemble des internes expliquent que le travail est là aussi pour être à l'aise, sans avoir à regarder à la fin du mois : *« moi personnellement, sur un plan plus pratique, sur un plan financier avoir une bonne assise, parce qu'on travaille aussi pour ça »* (interne 3), *« Je cours pas après le plus d'argent possible, mais effectivement, j'aimerais avoir quand même un salaire confortable. C'est sûr »* (interne 15).
Certains internes prennent comme référence ce qu'ils ont connu jusqu'à présent :

- *« Moi je compare à ce que gagnaient mes parents, je me dis que j'aimerais gagner un peu plus quand même parce que parfois c'était limite mais le salaire que j'aurai en tant que médecin généraliste me suffira amplement »* (interne 5).
- *« Mes parents ne sont pas non plus riches à millions mais bon, ils ont quand même un bon rythme de vie et c'est quand même agréable. (...). Du coup t'as aussi envie de garder ça quoi »* (interne 6).

La médecine générale semble offrir cette possibilité : *« Voilà, l'objectif c'est d'être à l'aise, je pense qu'il y aura pas de souci pour ça »* (interne 12).
L'objectif n'est pas de s'enrichir, mais de vivre convenablement, et cela paraît légitime : « *J'ai envie de bien gagner ma vie pour euh... Je considère qu'on a fait pas mal d'études, c'est légitime le droit de profiter de cet argent, de se faire plaisir »* (interne 14).

Enfin, l'interne 2 évoque les possibilités offertes par la flexibilité de l'exercice : *« je sais ce que c'est la valeur du travail et je sais ce que je veux moi plus tard, donc je sais que si je veux atteindre certains objectifs ou avoir certains projets, je peux travailler plus ».*

2.2.6. Des motivations d'ordre pratique aussi

Tous les **internes souhaitent déléguer, à des niveaux différents, le travail administratif,** afin de se concentrer sur la médecine. Les réponses sont spontanées en la matière, sans trop de réflexion :

- *« (Sans hésiter) Moi j'ai envie de déléguer ! Ça me saoule ça ! Ici y a pas de secrétaire c'est chiant »* (interne 16) *;*
- L'interne 6 souligne que cela peut être un rempart au rendez-vous inutiles : *« (Sans aucune hésitation) Ah moi je veux une secrétaire ! Qui soit super efficace, qui quand il y a un appel d'un patient, typiquement dit « est-ce que c'est justifié une visite ou pas » et sait leur dire « non là ça se justifie pas ».* » ;

Les internes soulignent que ce n'est pas le cœur de leur métier et que cela leur permettrait de mieux se concentrer sur les patients :

- *« Avoir quelqu'un pour gérer les problèmes administratifs, enfin la gestion administrative, parce qu'on a autre chose à faire ».*
- à propos du secrétariat, l'interne 9 explique : *« Enfin je vois ici, ça libère du temps. On a plus de temps pour les patients ».*
- à propos du travail administratif, l'interne 5 est clair : *« Je pense surtout qu'il vaut mieux éviter de perdre son temps à faire ça ».*

Aucun ne conçoit d'être trop éloigné d'un plateau technique. Ils se sentent ainsi soutenus *« s'il y a des choses un peu urgentes, il y a l'hôpital pas très loin »* (interne 14)*, « pas trop loin quand même de centres hospitaliers, de spécialistes, pour avoir du recours derrière quoi »* (interne 16).

Et ils ressentent moins la pression : *« il y a moins de pression, c'est-à-dire que si t'es perdu dans la vallée à une heure et demie, tu dis aux gens « vous allez aller à l'hôpital, vous allez vous taper une heure et demie de trajet » pour peut-être revenir... »* (interne 16). L'interne 17 redoute un plateau technique trop éloigné : *« C'est plus stressant parce qu'on se dit, si on a vraiment quelque chose qu'on sait pas gérer pour le coup on peut être un peu... En difficulté oui »,* et l'interne 9 appréhende les difficultés inattendues : *« si y a un souci... Je veux pas... Je veux pas me sentir stressée. C'est rassurant ».*

2.3. Le projet professionnel

2.3.1. Degré d'engagement dans un projet professionnel

- Les particularités des internes inscrits en DESC

Les 3 internes ont un projet concret en post-internat, que ce soit en gériatrie ou en médecine d'urgence, leur cursus nécessitant de trouver un poste. Les internes 1 et 4 considèrent leurs choix comme *« bien établis ».* En se référant au modèle transthéorique du changement, elles sont toutes deux dans la phase « d'action » à court terme, avec un engagement dans un projet précis. Sur du moyen terme, on constate lors des entretiens qu'elles sont dans une phase de « préparation ».
Ainsi l'interne 1 nous explique : *« là je vais signer pour un poste pour un an, mais dans un an il faudra que je re-réfléchisse à ce que je vais faire. Mais jusqu'à l'année prochaine, je n'ai pas d'angoisse majeure sur mon projet professionnel. Les grands points son balisés, après où, quand... ça ne dépend pas que de moi ».* L'interne 4 affirme avec assurance que rien ne viendra la perturber : *« même si je rencontre quelqu'un maintenant, je pars en Martinique, ça ne m'arrêtera pas (...). Il n'y a pas eu de souci quand j'ai dit que je voulais faire de la gériatrie (...) elle m'a proposé elle-même un post-internat en Martinique, même si (...) ils aimeraient bien me garder. Mais j'ai déjà pris ma décision ».* Cependant, le projet ultérieur est précis mais pas encore concret : *« à l'hôpital oui, en Martinique, mais pas forcément au CHU, moi je me vois franchement tranquille dans un hôpital de périph euh... voilà ».*
L'interne 7 se dit plus *« indécis », « par manque d'expérience ».* Cependant, le choix d'une filière au cours de l'internat semble affirmer ses convictions, *« je pense que pour l'instant, la médecine d'urgences, c'est ce qui me convient le mieux ».*

- Les remplacements, un passage obligé avant l'installation pour l'ensemble des internes

Sur les 14 internes se destinant à la médecine générale, 2 ont un projet concret d'installation (internes 14 et 15).

Parmi les 14 internes souhaitant s'installer et exercer la médecine générale, 13 ne le conçoivent pas sans une **période de remplacements préalable**. Les remplacements sont une obligation subie pour l'interne 15 dans l'attente de son doctorat, pour s'installer le plus vite possible. La durée estimée est de 2 à 5 ans après l'internat. Cette période est aussi là pour quatre raisons d'après eux :

→ Pour **pallier l'absence de projet d'installation concret et ses difficultés**, ainsi l'interne 2 explique : *« je veux faire deux ans de remplacements, pour vagabonder un peu autour de la région bordelaise et voir éventuellement ce qui me tape à l'oeil »*, tout en ayant bien balisé l'exercice désiré. L'interne 5 exprime son indécision totale et vouloir faire *« d'abord des remplas parce que je n'ai absolument aucune idée d'installation »* et *« visiter et voir où est-ce que ça pourrait m'intéresser »*, comme l'interne 10 *« profiter de ces remplacements pour remplacer dans des zones géographiques différentes, dans des cabinets différents, que ce soit en groupe ou des personnes qui travaillent individuellement, en ville, en semi-rural ou à la campagne, et ainsi commencer à définir plus précisément un projet d'installation par la suite ».*
L'interne 3 justifie le report d'une éventuelle installation et des remplacements nécessaires en attendant par *« peut-être le manque de réseau et puis le problème financier, clairement ça coûte de l'argent (l'installation) ».*

→ Pour **pallier à un manque d'expérience** en médecine générale. À la sortie des études, les internes ne sont pas prêt à s'installer : du fait du *« manque d'expérience, un seul stage chez le prat, c'est un peu court », « parce que manque d'expérience, parce que là on est vraiment trop dans des stages hospitaliers et complètement en dehors de ce qu'on va faire plus tard et que j'ai pas encore bien perçu l'exercice en libéral »* (interne 11)*, « j'ai envie de faire des remplacements un peu ailleurs pour me faire de l'expérience déjà (...) puis il y a certaines particularités de médecine générale, des choses qu'on a jamais appris, qu'on a jamais vu, ça s'apprend sur le tas. Et il faut de l'expérience»* (interne 14).

→ Pour **pallier à l'impréparation à l'exercice libéral.** Les internes soulignent que, plus que la pratique clinique, c'est le monde libéral qui reste flou pour eux : *« effectivement ma vision de*

l'exercice, en terme d'installation et de logistique, est plus floue. Mais je pense que les remplacements vont me donner une idée plus concrète » (interne 10). L'interne 17 développe cette méconnaissance sur le plan du statut libéral : *« j'ai pas encore une vision assez définie de ce que c'est que la protection sociale par exemple, du médecin généraliste.(...) C'est vrai que ce sont des choses qui me font peur ».*

→ Sur le plan personnel, pour les personnes interrogées, **ce statut est plus confortable quand on est encore en phase de construction et d'incertitude sur le plan familial :** *« si je veux me marier, avoir des enfants, il vaut mieux être remplaçant quand même pendant cette période-là »* (interne 11). En parlant de la durée de cette phase de remplacement, l'interne 10 développe : « *Je pense que la limite elle viendra naturellement avec la vie de famille où je pense que le métier de remplaçant est moins compatible. En couple ça pose pas de souci ».* La **distinction est nette avec la vie de famille** : *« Et puis après une fois qu'il y a les enfants qui arrivent je pense que c'est moins compatible voire pas du tout, et qu'une vie, entre guillemets, plus posée avec un point d'ancrage à un seul endroit est plus compatible avec une vie de famille et des enfants. Et donc des horaires plus réguliers dans la semaine. Et de semaine en semaine également ».*
Ces propos trouvent un écho chez l'interne 15, papa, qui veut s'installer au plus vite pour se stabiliser, notamment sur le plan financier, alors que s'il avait été célibataire, il aurait privilégié les remplacements et les déplacements. Chez l'interne 16, maman, une fois la vie de famille établie, une collaboration ou une installation semblent plus adéquats : *« Parce qu'après le truc qui m'embête dans les remplas c'est que c'est assez irrégulier, quand on a une vie de famille c'est assez chiant (...). Ou alors il faut que je trouve des remplas vraiment un peu fixes, pour avoir un emploi du temps un peu organisé. Parce que quand tu sais pas trop ce que tu vas faire le mois suivant, c'est galère. Parce que le petit il est chez la nounou et c'est ma mère qui le récupère et donc ça m'arrive des fois de lui dire « ah ben non finalement, là je pourrai pas m'en occuper parce que je suis en rempla », ça c'est un peu chiant ».*

Ainsi les remplacements font partie de la stratégie des internes, dans leur construction professionnelle et personnelle. Ils apparaissent comme un exercice à deux dimensions essentiellement :
- la majorité des internes (9) sont dans la **« préparation »**, avec une stratégie, un objectif d'exercice en ligne de mire, elles affinent leurs choix via les remplacements ; leurs choix leurs paraissent « bien établis ».

- certains (4) sont dans la **« contemplation »**, avec une ébauche de projet mais sont encore ambivalents ; ils se disent « indécis ».
- 1 seul est dans **« l'action ».**

2.3.2. Compatibilité du projet professionnel avec les valeurs des internes

15 internes affirment que leur projet professionnel correspond à leurs valeurs. 2 expriment une ambivalence. Ils étaient déjà indécis sur leur projet.
Aucun interne ne pense renoncer au statut principal envisagé (libéral/salarié) ou au domaine d'exercice (médecine générale/urgences/gériatrie...).

- à la racine du projet, une vocation respectée, des compétences aménagées

16 internes ne se lancent pas dans un projet professionnel par défaut.
1 interne est en médecine par défaut.

Pour **6 internes, la médecine générale est une vocation depuis longtemps**, seule spécialité envisagée : *« depuis la Terminale, parce que ça me plaisait bien. J'aimais bien mon médecin généraliste »* (interne 5)*, « depuis la... Je dirais même depuis le début de l'externat, grosso modo, assez rapidement ça m'a paru évident »* (interne 10)*, « actuellement je suis interne en médecine générale, j'ai toujours voulu faire ça, depuis le début de mes études en médecine »* (interne 12).
Il y a parmi eux, les 5 internes masculins non inscrit en DESC et 1 femme. Le DU de médecine du sport est cité trois fois, chez les internes hommes, dans le cadre d'un exercice complémentaire pour deux d'entre eux, dans un contexte associatif, en milieu sportif amateur ou professionnel.
1 interne exclue depuis toujours les spécialités d'organe, hésitant entre médecine interne et médecine générale.

5 internes hésitaient avec la pédiatrie, mais ne regrettent absolument pas leur choix. Ceci parce que la médecine générale a été une découverte, *« Non, au départ je voulais faire pédiatrie et finalement, au fur et à mesure des stages je me suis rendue compte que je voulais voir de tout »* (interne 3), ou parce qu'elles retrouvent la pédiatrie : *« En fait je me disais que je pouvais faire la même chose en tant que médecin généraliste, avec encore d'autres choses derrière »* (interne 17).

2 internes voulaient faire de la gynécologie et font le même constat. Elles ne veulent pas y consacrer une partie majeure de l'exercice, ½ à 1 journée par semaine, au planning familial pour l'interne 11, et ont validé des DU de gynécologie. Cette vocation plus récente en médecine générale, n'en est pas moins forte : *« je pense que ce qui m'a le plus conditionné au niveau de mon cursus médical c'est mon redoublement (...) La deuxième année de D4 m'a saturée en terme de travail (...). Mais pas de regret quant au fait que je fasse de la médecine générale, je pense que c'est ce qui me correspond le mieux (...).Ce sera surtout de la médecine générale, je suis très intéressée par la relation médecin-malade »* (interne 2).

Les DU de gynécologie et de pédiatrie sont les plus cités, 8 fois, dans un souci de compétences élargies dans le cadre de la médecine générale. L'objectif d'en faire un exercice dédié ne concerne que deux personnes, l'interne 16 avec la PMI et l'interne 11 avec le planning familial.

2 internes de DESC voulaient faire de la médecine générale. Elles ont eu un intérêt pour l'urgence et la gériatrie au cours des études : *« je me suis inscrite en médecine générale et c'est vrai qu'en faisant mes stages en gériatrie après je me suis rendue compte que c'était ce que je voulais faire et je suis revenue sur mes choix »* (interne 4). *« Si, si, c'est vraiment ce que je voulais faire, la médecine générale et depuis longtemps, je compte même y revenir plus tard (...). Tu vas trouver ça bête mais un jour, j'étais à S.... et j'ai vu un médecin intervenir et euh... Se faire hélitreuiller et là je me suis dit : c'est ça que je veux faire !»* (interne 1).

Le troisième interne de DESC (interne 7), en médecine d'urgence, regrette de ne pas avoir connu la médecine générale au cours de l'externat car cela a été une vraie découverte, positive, lors de l'internat.

- une conciliation globalement difficile mais faisable

La conciliation entre l'espace professionnel et l'espace privé est clairement possible pour tous. 15 internes estiment que leur projet professionnel est le mieux à même de les épanouir, sur tous les plans. Les sphères privées et professionnelles ne doivent pas se mélanger. Avec un exercice moyen de 4,4 jours par semaine, en aucun cas le type d'exercice n'est sacrifié, c'est l'aménagement du temps qui doit permettre de tout concilier :

- *« Ah ! Oui oui ! Comme ça y a le travail, donc là où je passe du temps parce que c'est quand même intéressant la médecine, mais après pouvoir aussi pas être submergée par le travail et pas pouvoir faire le reste à côté. J'ai vraiment envie que ce soit équilibré »* (interne 13).

- *« c'était le bon compromis, après faut faire des compromis et entre avoir des horaires qu'on peut à peu près moduler, tout en sachant qu'à un moment donné il faudra quand même en faire, c'est pas mal »* (interne 6).
- *« Je préférerais travailler moins et gagner un peu moins mais privilégier ma vie de famille que de tout sacrifier »* (interne 14).
- *« C'est vrai que j'aimerais profiter des enfants (...) Est-ce que je pourrais moi travailler un peu moins pour au début, quand ils sont petits, avant qu'ils aillent à l'école...(...) Je pense que moi je serais épanoui même si je reste une journée à la maison avec les petits »* (interne 9). Pour autant, *« à l'heure actuelle non je ne pense pas (arrêter), parce que ça me plaît ce que je fais. Ça me plaît et je vois que c'est ce que je voulais faire, ça conforte mes choix, voilà. Donc non je le fais. Je bosserai peut-être pas 150 heures ».*
- *« La journée minimum que je vais m'octroyer c'est pour profiter avec les enfants, pourquoi pas le conjoint s'il ne travaille pas, après voilà quoi... Il faut un temps consacré à mes obligations professionnelles, par rapport à mes confrères, mais aussi par rapport à mon conjoint, on essaie de se dégager du temps ensemble (...) le reste c'est pour profiter de la famille et pas le boulot. Je ferai pas mon boulot administratif sur ces journées-là »* (interne 8).

Cependant, **la certitude semble aller décroissante avec le degré de construction familiale.**

Ainsi l'interne 4, célibataire, et mettant en avant son travail, est très sûre *« je crois que ça me laissera du temps pour tout, retourner en Martinique pour ma famille, travailler en service de gériatrie, salariée, avec un temps consacré à mon travail et un temps pour mes autres activités »,* tout en reconnaissant que c'est d'autant plus facile car pour le moment elle a peu d'attaches *« après je suis jeune, je n'ai pas de contraintes, je me vois bien travailler autant ».*

A l'inverse, les plus fortes craintes proviennent des internes qui ont déjà construit une famille (interne 3) : *« le fait d'avoir une famille ça va forcément influencer la façon dont je vais pratiquer la médecine (...). Cela me paraît compliqué, j'ai envie d'y croire mais c'est sûr que cela risque d'être difficile ».* Cependant, la famille étant déjà là, la situation a été réfléchie : *« ces horaires, je les ai réfléchis en fonction de ma situation familiale (...). C'est gérable ».*
L'interne 16 craint de se laisser submerger par le travail : « *je suis capable de faire des heures de fou. Peut-être que je ferai un burnout un jour ».*

Entre les deux, on retrouve les internes qui ont commencé à construire une relation, sans engagement pour le moment, conscients qu'il existe des contraintes qu'il va falloir prendre en compte, sans pour autant se renier. Pour l'interne 1, *« c'est faisable, à mon avis c'est sportif (...) mais je pense que c'est conciliable (avec la famille) »,* expliquant aussi : *«si je reste avec lui, je vais aller m'installer là où il vit (...) ça peut changer ce que je veux faire (...) je souhaite exercer mon métier, ce n'est pas négociable (...) je ne suis vraiment pas prête à arrêter mon métier »* (interne 1). L'interne 2 développe : *« ma situation personnelle ne m'empêchera jamais de travailler ou même de m'installer mais ça conditionnera le fait que je reste à un endroit ou pas (...) je suis prête à bouger s'il y a besoin (...) je pense que ce métier je peux le faire n'importe où. C'est pas un problème. Même si je suis coincée en ville, je serais peut-être moins épanouie en ville, mais je le ferais quand même ».*

- l'exercice en libéral apprécié

Aucun interne s'engageant vers la médecine générale n'est prêt à négocier l'exercice de sa profession d'une part, en libéral d'autre part.

L**'exercice, et la liberté qu'il suppose, sont plébiscités par la marge de manœuvre offerte** : *« le fait de travailler en libéral peut me permettre de m'organiser seule, ou avec d'autres personnes, ça me donnera justement une liberté, au moins concernant mon emploi du temps (...). Si je veux donner davantage à mes enfants ou à une période dans ma vie, je sais que je peux diminuer et c'est quelque chose qui est hyper important pour moi »* (interne 2). Malgré les contraintes imposées par la famille, cette flexibilité trouve un écho chez l'interne 3 :*«on peut développer son activité un peu plus tard aussi (...) je m'adapterai, le libéral me le permet ».*

Le praticien est souverain de son organisation : *« C'est vraiment faire comme j'ai envie, les rendez-vous comme j'ai décidé »* (interne 13).

La liberté, mais aussi **l'indépendance** *a priori* du statut comparé au cadre plus rigide d'un emploi salarié : *« le salariat on est un peu plus bloqué dans une boîte »* (interne 2), *« être coincé dans un truc salarié, je pourrai pas »* (interne 16).

L'ambivalence de l'interne 5, qui soulève que le salariat est peut-être plus adapté à sa valeur famille, est balayée dans la balance décisionnelle par ces deux avantages de l'exercice libéral : *« je ne pense pas que ça soit inconcevable d'être en libéral et d'avoir du temps (...). J'ai pas envie d'être tributaire (...) de qui que ce soit ».*

C'est cette liberté qui conditionne pour les internes la faisabilité de leur projet et la conciliation de leur valeur. Ils sont nombreux à penser que ce sera possible à condition qu'**ils ne se laissent pas submerger par le travail, qu'ils puissent éduquer les patients à leur exercice**. L'interne 8 est très claire, *« après c'est à nous d'imposer les limites, je pense qu'on a une patientèle qui nous ressemble, donc à partir du moment où on sait leur expliquer les choses, ils peuvent entendre aussi qu'on est des gens comme tout le monde, nous aussi on a des horaires de travail (...). Les gens s'adaptent ».* Ce travail d'éducation doit être fait dès l'installation, *« il faut poser de bonnes bases au départ sinon c'est compliqué »* (interne 10), le cadre doit être posé : *« j'aimerais bien essayer de cadrer les choses et de... D'expliquer en tout cas que même si je suis installée, aux patients, que le mercredi, par exemple, c'est mon jour de repos et que... On m'appelle pas ou on m'envoie pas des mails toute la journée ! (...) on a la patientèle qui nous correspond »* (interne 11).

Malgré cette volonté, les internes sont conscients qu'ils répondent aussi à un besoin au travers de leur profession, et que **la masse de travail peut leur échapper** : *« ça se trouve, je vais craquer et puis je vais ouvrir des plages de consultations parce que les patients ont besoin de me voir... »* (interne 11)*, « Je pense qu'il peut être difficile de dire non par moment et voilà... »* (interne 6). Pour l'interne 9, c'est même inhérent à la profession : « *On se dit tout le temps « ouais je vais faire ça, je vais pas répondre au téléphone après telle heure » et puis au final je vois mes prats, on se fait toujours bouffer parce que c'est normal, parce que c'est du relationnel et c'est de l'humain donc t'éteins pas la machine ».*

- le salariat plus adapté pour laisser du temps libre...

Que les internes privilégient la vie de famille ou non, ils s'accordent sur le fait que **le salariat offre de meilleures perspectives pour avoir du temps, le temps de tout faire** : *« c'est conciliable parce que 48 heures par semaine finalement, ça laisse un petit peu de temps (...) au niveau emploi du temps, la médecine salariée reste plus tranquille que la médecine libérale »* (interne 1). Spontanément, à la question des choix les plus adaptés à l'expression de ses valeurs, l'interne 5 répond : *« ben finalement, pour avoir du temps, plutôt du salariat ».* L'interne 13 souligne que l'avantage principal de ce statut *« c'est surtout pour les horaires de travail, pour avoir du temps à côté ».*

Enfin l'interne 6 résume avec humour : *« Non, si je veux être clairement réaliste, j'aurais dû choisir de devenir, désolée pour les médecins du travail, médecin du travail, je fais du 9h-17h, tous les jours je suis à la garderie, je peux les amener tous les matins à l'école ».*

L'interne 11 semble consciente qu'elle ne bénéficiera pas du même temps libre que ses parents : « *Dans l'idéal, c'est vrai que mon père est, lui, psychiatre mais toujours en salariat et il m'a toujours vanté les mérites du salariat, c'est vrai qu'il a eu la chance de pouvoir nous voir quand on était petits, il avait une semaine de vacances sur les deux, il avait quasiment tout l'été, c'était assez confortable ».*

L'interne 4, future gériatre, évoque même une liberté feinte au statut de libéral par rapport au salariat : *« y'a toujours des gens qui se rajoutent et on peut pas forcément dire non (...) je ne suis pas sûre que je serais plus libre en libérale, je pense que j'aurais bossé plus, même si je suis mon propre patron ».* Sur le plan du volume horaire, les trois étudiants inscrits en DESC sont certains de pouvoir tout concilier.

- ...mais des salariés dépendant des postes ouverts

Le statut salarié semble laisser plus de temps mais le projet et notamment le lieu d'exercice est tributaire des postes vacants correspondants, à la manière des contraintes professionnelles des conjoints salariés : *« Ben le manque de poste de PH, on fait un assistanat et derrière, ça fait deux ans qu'on s'investit dans un service et on a pas de poste, alors qu'on apporte une certaine compétence professionnelle, des fois on apporte même des choses nouvelles dans un service, donc le service veut bien nous garder mais y a pas de poste quoi ! »* (interne 7). Ce d'autant plus que l'exercice est précis, comme pour l'interne 8 qui souhaite faire des soins palliatifs une journée par semaine, dans le cadre d'un exercice mixte : *« Ben déjà de pouvoir trouver un poste hospitalier où on y va qu'une journée quoi. Ça quand même c'est un gros frein ».*
A contrario, l'interne 1 ne partage pas cette crainte. Elle évoque le fait qu'un poste salarié permet de déménager plus facilement pour suivre un conjoint à la mobilité obligée, militaire dans le cas de son conjoint : « *Même concernant mon conjoint, il y a toujours des hôpitaux près des villes, c'est l'avantage des urgences, y'a toujours des urgences à moins de 40 kilomètres de... euh... quelque part. »*

DISCUSSION

I. LES PRINCIPAUX RESULTATS

Sur le plan personnel, c'est la **famille qui influence le plus les internes** dans leur projet professionnel.

D'une part, hors activité professionnelle, c'est la **famille qui revient dans tous les entretiens** comme participant au bonheur et à la qualité de vie. Soit en premier plan, soit le plus souvent **participant à un équilibre global dont le travail fait aussi partie.**

D'autre part, deux composantes majeures contraignent les internes : le conjoint et les enfants.

Le **conjoint, par ses contraintes professionnelles,** peut limiter les internes dans leur projet sur leur implantation géographique. Dans le même temps, selon eux, le cadre d'un emploi salarié imposent aux internes choisissant un exercice libéral de s'adapter sur le plan horaire afin s'occuper des enfants en péri-scolaire ou en cas d'imprévu.

Par ailleurs, les internes ne souhaitent pas s'installer, pour beaucoup, trop loin de leurs parents, frères et sœurs.

Tous les internes souhaitent **concilier une vie professionnelle à cette vie familiale**. Les valeurs motivant les internes sur le plan professionnel sont l'utilité sociale de leur profession, l'exercice en groupe, la relation médecin-patient, les revenus afin d'avoir une qualité de vie correcte.

Ils tiennent à exercer leur profession malgré les contraintes.

Ils préservent donc leur statut (libéral/salarié), leur exercice, et l'aménage pour satisfaire leurs envies professionnelles (gynécologie, pédiatrie en premier lieu). Les internes choisissant une activité libérale se reposent sur la **flexibilité de leur exercice et leur pouvoir de décision quant à l'organisation du travail afin de concilier leurs valeurs.**

Les internes choisissant une activité salariée estiment que le temps libéré est suffisant pour concilier vie privée et vie professionnelle.

Les remplacements sont perçus avant tout comme une phase transitoire permettant de palier à un manque d'expérience, à l'inertie de la vie privée et permettant de construire un projet professionnel.

II. LES LIMITES DE L'ETUDE

2.1. Le schéma de l'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative, par conséquent elle ne permet pas d'être représentative de la population globale des internes de médecine générale en passe de valider leur portfolio. Pour cela, un schéma d'enquête quantitative par questionnaire standardisé, un auto-questionnaire par exemple, eut été plus adapté. Il aurait permis de mesurer l'influence des aspects privés à l'échelle d'une population d'internes et de répondre, le plus objectivement possible, à la problématique induite sur l'offre de soins des années à venir.

Certes, nous pouvions formuler quelques hypothèses sur les motivations intervenant dans la construction du projet professionnel notamment grâce aux enquêtes quantitatives déjà réalisées auprès des internes et des jeunes médecins.

Cependant, nous ne pouvions pas établir un panel de propositions représentatif de la diversité des motivations de chacun d'une part, et de la pénétrance de ces motivations sur la construction du projet professionnel. Enfin, les internes n'ayant pas forcément établi leur projet, l'ambivalence qui peut encore exister en cette période de fin d'études ne pouvait être traduite dans un projet d'enquête quantitative.

Le but était clairement d'explorer la variabilité des motivations et leur impact, en laissant l'interviewé développer sa réflexion. Nous assurions un cadre par la grille d'entretien, afin que les échanges ne dérivent pas.

Ce schéma implique par ailleurs la subjectivité du répondant et de l'investigateur, excluant toute mesure objective en terme d'offre de soins.

Si l'on veut s'inscrire dans une démarche concrète et opérationnelle, cette étude peut donc être le préambule à une enquête de grande envergure, quantitative, proposée aux internes de médecine générale et des jeunes médecins diplômés, dans le cadre des besoins médicaux sur le territoire.

2.2. L'investigateur

L'orientation de l'entretien peut être biaisé par l'expérience et les représentations de l'investigateur. Ce d'autant plus qu'il se situe lui-même à la même période de sa carrière professionnelle que les interviewés. Les relances et suggestions, lorsque le participant ne trouve pas spontanément à répondre quelque chose, sont teintées de ces représentations. Le dialogue qui s'instaure est

forcément influencé à la fois par l'interviewé et l'investigateur.
Cependant, la grille d'entretien permet de poser un cadre et de standardiser l'attitude de l'investigateur. Le sujet même de l'étude, faisant appel à une réflexion sur soi et à des motivations personnelles, limite ce biais.

2.3. La réalisation des entretiens

Bien que le lieu, la date et l'heure aient été laissés à la discrétion des internes, afin de réunir les conditions idéales à la tenue des entretiens, la variabilité des lieux a pu induire un biais de recueil des données.
Les internes interrogés à leur domicile ont pu, *a priori*, s'exprimer librement et développer leur réflexion. *A contrario*, il est possible que ceux interrogés dans le cadre de leur stage pouvaient être limités dans leurs réponses par le temps ou le stress d'une journée de travail en cours. Ceci est à pondérer par le fait que nous avons pu aller au bout des entretiens et qu'en aucun cas les internes n'ont montré de signe de précipitation ou d'envie d'écourter les échanges. Par ailleurs, parmi eux, trois se sont fait en SSR en été, à l'activité ralentie, deux au cabinet médical avant le début des consultations et enfin un en réanimation médicale, sans que nous ne soyons jamais interrompus.
Nous avons aussi accepté de réaliser trois entretiens à la terrasse de café où les internes avaient leurs habitudes. Un lieu public pourrait induire une expression incomplète voire bridée, mais cela n'a pas transparu dans le comportement ou le *verbatim* des internes.

2.4. Le contexte de l'étude

Cette étude qualitative permet de faire un état des lieux sur la variabilité des motivations personnelles d'une part, et professionnelles d'autre part, impactant le projet des internes. S'intéressant à ces dimensions, les résultats sont imprégnés de la sociologie actuelle et des évolutions réglementaires, récentes ou en cours, de la profession et de la formation universitaire.
Il est fort possible que dans un autre contexte, à un autre moment, les réponses aient été différentes. Cependant, ces modifications législatives étant le fait d'un mouvement régulier et continu depuis des décennies, nous avons comparé nos résultats aux études antérieures.

2.5. L'analyse des données

Un biais d'interprétation est inhérent aux études par entretiens, lorsqu'il s'agit d'analyser les propos

d'un tiers. Le sujet faisant appel à des dimensions très personnelles, les représentations de l'investigateur peuvent altérer l'exploitation des données.
Ceci est limité par l'analyse thématique et le codage simultané par un tiers.

III. LES FORCES DE L'ETUDE

3.1. La méthode

Par cette étude, j'ai voulu explorer les motivations personnelles intervenant dans le projet professionnel des internes. L'utilisation d'une méthode qualitative paraissait donc la plus adaptée pour mettre en lumière la diversité des individus.
Cette diversité pouvant laisser libre cours aux interviewés de développer leur vie privée et leurs aspirations, l'utilisation d'un entretien semi-dirigé était nécessaire afin de conserver un cadre et de ne pas perdre de vue l'objectif principal. Le but étant tout de même de laisser une juste liberté aux internes de développer leurs idées, il ne fallait pas non plus qu'ils se retrouvent contraints par le cadre trop strict d'un entretien directif.

Devant ce sujet porteur, sur fond de tensions démographiques, nous avons discuté la possibilité d'utiliser le focus groupe. Ce travail reposant sur les logiques privées des internes, cette méthode nous a semblé être une entrave à la libre expression de chacun. Il est possible qu'en présence d'autrui, l'interviewé ne se serait pas livré à pareille introspection, par peur du regard ou du jugement de l'autre. Il en aurait résulté une perte d'informations.
Cependant, le focus groupe pourrait être utilisé dans le cadre d'une étude sur les stratégies permettant de concilier valeurs personnelles et logiques professionnelles, où le débat et la confrontation des points de vue peuvent être intéressants.

Cette étude a été facilement réalisable, auprès d'une population sensible car en plein questionnement sur son avenir professionnel à la fin des études, et à moindre coût.
Nous n'étions pas tributaires d'une tierce personne pour le déroulement et le suivi de l'étude. La seule contrainte quant au déroulement était la disponibilité des internes interviewés, le médecin qui réalisait le second codage étant très disponible.

3.2. La grille d'entretien

Le but du propos introductif était de recontextualiser l'étude afin que les internes en saisissent les enjeux et répondent dans le cadre, sans toutefois influer sur les réponses.
Une des forces de l'étude est que la grille d'entretien repose sur des supports théoriques. On peut parfois avoir le sentiment que les recherches qualitatives en médecine générale se construisent au hasard.
Notre étude s'intéressant à la démarche professionnelle des internes, nous avons donc construit en partie la grille autour du modèle transthéorique du changement et Prochaska et Di Clemente. Ceci nous permettait de situer la démarche des interviewés de manière plus objective. Par ailleurs, nous avons mené les interviews à la manière d'un entretien motivationnel. Ceci a été formalisé en partie au niveau de la grille par les questions récapitulatives.

Les thèmes préétablis ont permis de balayer l'ensemble des dimensions nécessaires pour répondre à notre objectif. La grille a été élaborée en travail collaboratif avec le directeur de thèse, puis testée sur les trois premiers internes. À noter qu'il n'a pas été nécessaire alors de rajouter de question sur les thèmes abordés.

3.3. Le recrutement

L'objectif de l'étude était de décrypter l'influence des motivations personnelles des internes et le recrutement a été réalisé dans ce but. Nous avons donc tenté de recruter des personnes aux situations personnelles différentes et aux projets suffisamment variés afin d'obtenir un panel le plus exhaustif possible de ces motivations.
Nous avons ainsi sélectionné des célibataires aux possibles aspirations établies mais sans contrainte pour le moment ; des couples, en phase de construction, et prenant conscience de ce qu'allait être la conciliation des dimensions privée et professionnelle ; des parents, qui sont déjà au quotidien obligés de jongler avec tous leurs impératifs. Nous avons choisi des hommes et des femmes afin de rechercher des phénomènes de genre. Enfin, nous avons choisi des projets variés, activité libérale, mixte, salariée, formations complémentaires, afin de déterminer la vision que chacun en avait et leur perception de l'exercice professionnel par rapport aux contraintes extérieures.
Le fait qu'il s'agisse d'internes, à la situation proche de l'investigateur, a permis d'établir au cours de l'échange une relation de complicité qui invitait les interviewés à se livrer. L'empathie est d'autant plus facile à obtenir dans ce contexte.

IV. ANALYSE DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

4.1. « La qualité de vie », une expression qui peut cacher certaines contraintes

Par cette étude, nous désirions explorer les dimensions individuelles qui régissent le futur exercice des internes. Ceci afin de sortir d'une analyse purement statistique en terme de corrélation entre offre de soins et besoins médicaux, et sortir du prisme des intérêts égoïstes que semblent faire ressortir les études de routine sur le sujet (8). Il, est tout de même difficile de nier que les internes désirent avoir une bonne qualité de vie dans l'avenir (27-30, 40).
La question est ici aussi de savoir ce qui se cache derrière cette expression et notamment les choix de vie qu'impliquent certaines « logiques sociales » (8).

Clairement, dans les valeurs développées par les internes pour leur qualité de vie et leur bonheur, la famille est la plus citée. Cette dernière peut être clairement synonyme de contraintes ou, à l'inverse, de facilités, de confort.

4.1.1. La bi-activité du couple

L'analyse des résultats de notre étude va dans le sens du travail réalisée en 2008 pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France (26). L'**implantation géographique est le fait essentiellement de motifs familiaux**, les internes choisissant en fonction des possibilités professionnelles du conjoint et désirant rester dans leur région d'origine. Plusieurs travaux suggèrent l'importance du travail du conjoint, soit sans préciser dans quelle mesure (29, 30, 35), soit en soulignant l'importance du compromis géographique (27). La bi-activité du couple est donc une composante à prendre en considération dans la répartition des médecins en France. Ceci d'autant plus que 86% des nouveaux inscrits était en couple dans l'Atlas de la démographie médicale 2011 (13).
Il existe de réelles inégalités entre les bassins de vie sur le territoire (67) notamment en terme d'emploi. Il peut donc paraître difficile de s'y installer afin de concilier la vie professionnelle de chacun et de participer à l'épanouissement de tous, surtout en ces temps de chômage de masse (68). Cela influe directement sur l'installation de médecin dans les zones dites de *« déserts médicaux »*. Il ne s'agit pas que de cela, il s'agit aussi de désert d'emplois, ou *a minima* de zones où certains secteurs d'activité sont complètement absents. Baptiste Meunier constate d'ailleurs dans son étude que les internes en couple ont une plus faible volonté de s'installer dans un village (p=0,0042).

Ces contraintes dues à la bi-activité du couple ont peut-être plus d'impact que la féminisation. On peut facilement se retrouver face à un biais de confusion. Depuis les années 1970, le nombre de femmes dans les facultés en France a augmenté pendant que leur taux de chômage, plus élevé jusqu'alors, a rejoint celui des hommes (47). Certes, les femmes assument encore et toujours plus de tâches ménagères que les hommes (47), mais c'est peut-être les deux emplois du foyer plus que la féminisation de la profession qui modifie l'exercice de la médecine générale et demande un aménagement.

4.1.2. Les enfants

Ces inégalités entre les bassins de vie ne concernent pas seulement l'activité professionnelle. Il peut s'agir parfois aussi des infrastructures. Dans le *verbatim* de notre étude, on retrouve la notion de la nécessité de crèches et d'écoles à distance convenable pour une maman.

De plus, la contrainte principale qui revient au sujet des enfants est la contrainte horaire et l'organisation familiale. Les enfants imposent de se libérer du temps. Géraldine Bloy évoque des arrangements familiaux inégaux et stéréotypés au détriment des femmes (8). Notre étude ne permet pas de mettre en avant un effet de genre en ce sens qui pourrait montrer les conséquences de la féminisation. On peut l'expliquer par le fait que notre échantillon est constitué d'internes, et qu'ils n'ont, par conséquent, pas encore commencé leur activité professionnelle.

Par ailleurs, tous les internes évoquent le fait de s'adapter sur le plan familial. On peut le comprendre aussi au travers de certains travaux qui expliquent que les aspirations sur le plan familial des pères les plus diplômés se rapprochent beaucoup plus de celles des mères (53).

Il est difficile de tirer une tendance à partir d'un seul interne, père, qui ne l'évoque pas du tout dans notre étude.

On peut rapprocher ce mouvement général du dépassement du genre (39, 54, 55) évoqué par certains sociologues tel que François-Xavier Schweyer ou Nathalie Lapeyre.

4.1.3. Des situations dépendantes des ressources familiales et du capital social

A l'inverse, la famille peut permettre de dépasser certaines contraintes et la décision d'en rester proche géographiquement a ses avantages. Tout comme dans l'enquête de cohorte de Géraldine Bloy (8), la disponibilité des grands-parents, à proximité, permet de plus facilement concilier vie professionnelle et vie familiale. Il peut donc exister des inégalités en fonction du capital social et

des ressources qui en découlent.
Par ailleurs, nous avons quelques intuitions dans notre étude permettant de supposer que l'origine sociale a une influence sur les motivations personnelles ou professionnelles, faisant apparaître des différences entre internes. Cependant il est difficile de conclure ou de tirer des enseignements, tout comme dans l'enquête de cohorte de Géraldine Bloy (8), les déterminants étant aussi variés qu'il y a d'individus.

4.2. L'exercice, nécessaire pour se réaliser, avec des modalités précises

4.2.1. Une activité professionnelle nécessaire à l'épanouissement personnel

Notre étude confirme que l'activité professionnelle fait partie intégrante de l'épanouissement personnel, comme le suggère plusieurs sociologues tel que François Dubet (42) ou Michel Lallement (41). Lorane Giboudot explique aussi que l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle participe à la qualité de vie (29).
Il existe pourtant des travaux, comme celui de Coralie Braun Neves (59) qui dissocient complètement les deux dimensions, voire les opposent. Cela peut participer à ce sentiment de l'individu tout puissant, motivé par des aspects purement personnels, outre la présentation simpliste qui peut être faite dans certaines enquêtes (7).
Pour leur épanouissement, les internes veulent donc travailler sans négocier le cœur de leur exercice. S'ils sont prêts à adapter à la marge, au niveau des horaires par exemple, ou à consentir de s'installer en fonction des possibilités professionnelles du conjoint, ils veulent trouver leur compte dans leur activité. Ils ont une idée bien établie de ce qui leur permettra de s'épanouir et l'exercice permettant d'y arriver est différent en fonction des internes. Cela explique aussi qu'ils ne veulent pas transiger. On en trouve l'illustration par les données contradictoires sur les projets les mieux à même de satisfaire la qualité de vie (29, 30). L'enquête réalisée pour le compte de l'Observatoire Régional de la Santé d'Alsace est à ce propos révélatrice, l'installation pouvant être vécue comme un frein ou comme une raison positive pour atteindre une bonne qualité de vie.

4.2.2. Une évolution vers l'exercice en groupe

L'exercice de la médecine générale en groupe est plébiscité dans de nombreuses études. Cela semble illustrer un changement dans la manière d'envisager la profession. Ils étaient 70% à vouloir exercer en groupe parmi les nouveaux inscrits en 2011 (13), l'étude de l'ISNAR et le travail de

Pascal Gicquel confirment cette tendance. Quelques réponses de nos interviewés rejoignent l'analyse d'Ana Franco (62) : l'exercice en groupe représente l'avenir de la profession.
L'exemple choisi par la majorité des internes de l'étude est celui du groupe monodisciplinaire pour le moment, tout comme l'échantillon interrogé dans l'Atlas 2011.

4.2.3. Un exercice délesté de « paperasse » dans l'idéal

En 2011, l'enquête s'intéressant aux nouveaux inscrits libéraux montre qu'une des principales difficultés concerne les tâches administratives. Lorane Giboudot (29) parle d'expérience chronophage de la « paperasse », et Iliana Koleva évoque la quantité de travail administratif comme étant un frein à l'installation. En ce sens, la présence d'un secrétariat avec délégation des tâches administratives est plébiscitée dans l'étude de l'ISNAR-IMG (7).
Ce plébiscite s'inscrit aussi dans notre étude. Mais s'il existe une envie de déléguer, afin de se consacrer au temps médical, la crainte d'une charge administrative véritablement trop importante est peu exprimée. Cela peut s'expliquer par le peu d'expérience en stage praticien que semble regretter les internes.

4.2.4. Une contrainte géographique : le plateau technique

L'étude sur les souhaits d'exercice des internes réalisée en 2011 par l'ISNAR-IMG (7), nous apprenait que 46,3% désiraient être à moins de 30 minutes d'un hôpital local, 41,8% d'un centre hospitalier général et 3,6% d'un CHU. Dans notre étude, sur le plan professionnel, cela fait aussi parti des exigences des interviewés, 20 à 30 minutes semblant être un bon délai d'accès. Cela pose évidemment le problème de l'implantation dans des zones où ces infrastructures n'existent pas sur le territoire.
Dans notre échantillon, il existait une quasi parité entre les envies d'exercice urbain ou péri-urbain et les envies d'exercice rural ou semi-rural. Ce facteur peut donc être un frein à l'installation dans des milieux ruraux isolés sur le plan sanitaire, avec là encore de fortes inégalités en fonction des bassins de population.

4.3. Une conciliation des valeurs et un épanouissement personnel possible, sur un projet préparé en amont

4.3.1. La médecine générale n'est pas un choix par défaut

Si l'activité professionnelle est importante à l'épanouissement, encore faut-il que le choix de la médecine générale ne soit pas un choix par défaut.
Si la médecine générale semble encore un peu chercher sa place à la faculté, elle n'est plus forcément synonyme d'échec au fil du temps. Martin Winckler dans son roman « Les Trois Médecins » se souvient de la manière dont on en parlait il y a 30 ans : *« très peu auront le niveau pour devenir des cadors ; tous les autres seront des médiocres (...), des généralistes de merde »* (69). Les réformes successives, la création des ECN et du DES, avec des enseignants en médecine générale et une véritable filière universitaire, semblent avoir redoré l'image de la spécialité. Ainsi, l'étude de l'ISNAR montre que 84% des internes ont choisi positivement la médecine générale (7). Et les internes choisissent la médecine générale à tous les niveaux du classement aux ECN (70).
Dans notre étude, 13 des 14 internes se destinant à la médecine générale sont pleinement satisfaits de ce choix, que la vocation soit ancienne ou qu'elle se soit construite au cours des études, avec d'autres objectifs pour les ECN. 2 des 3 internes en DESC ont véritablement choisi la médecine générale avant de s'orienter vers un exercice particulier et le dernier regrette d'avoir connu cette spécialité trop tardivement !

Pour ceux qui envisageaient prioritairement une autre spécialité, ce satisfecit est aussi le fait des possibilités offertes par le diplôme pour varier les exercices. Ceci est particulièrement vrai dans notre étude pour la pédiatrie et la gynécologie. Cela rejoint le constat de Géraldine Bloy (25) quand elle indique que chacun construit son projet comme il le veut, du fait notamment des capacités d'adaptation et d'acquisitions supplémentaires développées. L'accès aux divers DU et DIU est aisé pour qui veut diversifier son activité ou compléter sa formation. En ce sens, l'étude de l'ISNAR-IMG montre que 8 internes sur 10 désirent avoir un exercice diversifié (7). C'est là le seul effet de genre de notre étude, l'exercice diversifié est différent entre les femmes, privilégiant la gynécologie et la pédiatrie, et les hommes, titulaires pour trois d'entre eux d'un DU de médecine du sport.

4.3.2. Les remplacements, le prolongement des études, le lien avec la stabilisation

La place des remplacements semble bien définie. Il s'agit réellement d'une phase transitoire entre la

fin des études et un projet plus stable. Notre travail en ce sens se rapproche de celui réalisé par Frédéric Zuber (32), qui interviewait, lui, de jeunes installés et des remplaçants. Notre étude valide clairement le fait que les internes pensent user de ce statut afin de compléter leur formation et de combler les lacunes qu'ils pensent avoir sur l'exercice de la médecine générale. Cela leur laisse aussi le temps d'élaborer un projet (32), dont la concrétisation semble très floue pour les internes en fin de cursus interrogés dans notre étude, alors qu'ils ont une idée assez précise de l'exercice qu'ils souhaitent.

Cette intuition se traduit concrètement dans les statistiques dont nous disposons sur les jeunes médecins, notamment dans l'Atlas de la démographie médicale (4). Le statut des remplaçants est majoritaire à la première année d'inscription (41,9%), les installations ne représentent alors que 1/5ème des effectifs, avant que les tendances ne s'inversent à 5 ans de la première inscription.

Cette phase peut s'inscrire plus largement dans ce besoin d'exploration du devenir adulte décrit par certains sociologues dont Cécile Van de Velde (37). Cependant, contrairement à ce qu'elle développe, à aucun moment la stabilisation professionnelle n'apparaît comme péjorative dans les entretiens que nous avons menés. Elle est seulement remise à plus tard car les internes ne se sentent pas prêt.

À noter que cette vision des remplacements est aussi la traduction de l'inconnue que représente encore la médecine générale, pour certains, après 9 ans d'études. Et peut-être d'un défaut des études médicales en France. Si l'image de la médecine générale s'est clairement améliorée, certains internes soulignent le manque d'expérience concrète en stage ambulatoire et le tropisme encore trop hospitalier de l'internat et des études de médecine en général. C'est aussi un regret exprimé par les jeunes médecins interrogés dans l'Atlas 2011 (13). Concrètement, dans notre étude, un interne regrette le fait d'avoir véritablement connu la médecine générale après s'être engagé en médecine d'urgence, car il s'y est épanoui. Caroline Brunet (30) explique d'ailleurs dans sa thèse que les internes qui s'orientent vers un DESC trouvent la découverte de la médecine générale trop tardive au cours de leurs études.

Malgré la promotion constante jusqu'à devenir une spécialité, la médecine générale semble encore souffrir d'un défaut d'exposition à la faculté, en plus d'un défect d'image encore présent (58). Le stage chez le praticien est encore peu accessible au cours du deuxième cycle et il n'existe pas d'item sur la médecine générale pour le programme des ECN (67). Ceci peut clairement avoir un impact

sur le plan strictement quantitatif, du fait de vocations ratées : si, comme on l'a vu, ceux qui ont choisi la médecine générale l'ont fait majoritairement de manière positive, d'autres sont peut-être passés à côté pour de mauvaises raisons, notamment structurelles.

Les remplacements sont perçus différemment dans les travaux existants quant à leurs avantages et inconvénients par rapport à la vie privée. Dans notre étude, ce statut semble accompagner les internes tant qu'ils n'ont pas fondé une famille. Ils sont plusieurs à estimer que l'installation est plus adéquate une fois qu'il y a un rythme familial avec conjoint et enfants. Au contraire, les remplacements semblent plus adaptés avant que la vie privée ne se fixe. Ces données semblent contradictoires avec l'étude réalisée par Frédéric Zuber (32), qui propose un regard croisé entre jeunes installés et remplaçants. Cela peut s'expliquer peut-être par fait que les médecins interrogés au cours de son enquête sont un peu plus âgés et que l'expérience les amène à faire ce constat. Ce sentiment est partagé dans les études d'Augustin Decorde (35) et Iliana Koleva (34).

4.3.3. L'exercice libéral, un exercice épanouissant malgré les contraintes

Les internes se destinant à la médecine générale dans notre étude ont tous l'objectif, plus ou moins lointain, de s'installer un jour. Ils sont convaincus qu'il s'agit d'un projet qui leur correspond ou qui est le mieux à même de favoriser l'expression de leurs valeurs. D'une part au niveau professionnel car ils conçoivent la médecine générale par cet exercice ce qui va dans le sens de l'étude d'Ana Franco Rodrigues (62) ; d'autre part car l'activité libérale leur permet de concilier leur métier avec les valeurs et contraintes d'ordre personnel. Bien que nous ayons noté quelques réserves de la part des jeunes médecins, en comparaison avec les remplacements (32-35), d'autres résultats vont dans le sens d'une bonne conciliation. Dans l'étude de Frédéric Zuber, les jeunes installés expliquent tout de même qu'ils ont réussi à concilier vie privée et exercice professionnel.

Cette conciliation apparaît possible pour les internes par la liberté et l'indépendance de l'exercice libéral. Ces deux facteurs doivent leur permettre de contrôler leur activité, comme l'indique Coralie Braun Neves (59), avec des horaires et une quantité maîtrisés. Ces résultats trouvent un écho dans l'Atlas 2011 de la démographie médicale : les jeunes libéraux y répondent que deux des motifs expliquant le choix du secteur libéral sont l'indépendance et la gestion du temps (13). Dans cette même étude, 86% des médecins recommanderaient l'exercice libéral à leurs jeunes confrères.

Les contraintes constamment cités dans les études, que sont les charges financières et le travail

administratif (7, 13, 29, 33, 34) ne sont que peu développées dans notre étude. Ils redoutent plus la charge de travail due à l'afflux de patients malgré le contrôle de leur activité. Cela peut s'expliquer par le manque d'expérience des répondants encore internes, manque d'expérience de l'exercice libéral qu'ils admettent bien volontiers. Cependant, ils souhaitent un secrétariat pour se dégager des tâches administratives.

On note peut-être là aussi un défaut de formation car nous ne sommes pas là face à des externes ou même des internes en premier semestre, mais face à de jeunes professionnels dont le cursus se termine dans quelques semaines.

V. PERSPECTIVES

Le recrutement de notre étude semblait suffisamment varié pour tirer des enseignements significatifs tels que l'influence de la bi-activité du couple ou le choix bien établi d'un type d'exercice. Cependant, certains points restent en suspens, comme les effets de genre, s'ils existent, et l'impact réel quantitatif que les différents projets peuvent avoir sur l'offre de soin.

Pour ce qui est d'un éventuel effet de genre sur les carrières notamment, et de craintes assez peu exprimées lors des entretiens sur l'exercice libéral, il peut être intéressant de réinterroger ces internes dans quelques années, une fois la vie de famille établie et l'exercice professionnel ancré. Nous avons pu voir que certaines études chez des médecins plus âgés donnaient des résultats contradictoires à la nôtre quant à l'exercice le plus adapté pour l'épanouissement personnel. La comparaison entre les aspirations de jeunesse, proches entre les deux sexes, et la réalité du moment, qui aurait pu faire émerger certaines difficultés, pourrait permettre de déterminer si la conciliation a été possible. Le travail serait-il sacrifié ? Plus par les femmes que par les hommes ? Les carrières seraient-elles limitées ? Il avait été évoqué dans notre réflexion le fait de réinterroger les internes quelques mois après le premier contact, mais il nous a semblé que cela manquerait de recul afin d'en retirer des données déterminantes, surtout que peu étaient réellement ambivalents quant à leur projet, malgré des questions légitimes.

Quant aux conséquences chiffrées et l'impact concret sur l'offre de soins en France, une étude quantitative par auto-questionnaire, sur un échantillon représentatif d'une tranche d'âge de jeunes médecins, pourrait permettre de faire un état des lieux, qui peut aller au-delà de la médecine. Car comme nous l'avons vu, les internes sont contraints dans leur projet par leur entourage et les

possibilités professionnelles, par leurs enfants et les infrastructures d'accueil, par leur désir d'un exercice soutenu par un plateau technique. On voit qu'il existe donc des déterminants indépendants de la seule volonté d'une personne, que la seule coercition basée sur une analyse purement démographique ne saurait prendre en compte dans le cadre de l'adéquation à l'offre de soins.

CONCLUSION

Bien que s'appuyant sur le témoignage des internes, notre étude recense les problématiques qui se posent aux jeunes médecins. Elle peut paraître rassurante dans la conviction qu'affichent les internes sur leur envie d'exercer la médecine telle qu'ils la conçoivent, la médecine générale en particulier. Rassurante dans la promotion de la médecine générale entreprise depuis plusieurs années et qui semble porter ses fruits.

On apprend sans surprise que la famille est la motivation personnelle principale. Cependant, si l'on ne peut pas nier que la sphère privée est, si ce n'est privilégiée, prépondérante, ce n'est pas seulement à cause de considérations simplement individuelles.
Il faut faire avec les évolutions sociales de ces dernières décennies et le territoire sur lequel on vit. On apprend alors que l'adéquation entre besoins médicaux et offre de soins est forcément sous-tendue par l'adéquation entre besoins sociaux et infrastructures, besoins professionnels et bassin d'activité.
On comprend qu'en dehors du champ sanitaire, le tissu social des territoires est partie prenante de la démographie médicale.

Ceci aussi parce que les jeunes médecins veulent exercer dans de bonnes conditions, car outre leur vie de famille, leur profession participe pleinement à leur épanouissement. Cet épanouissement passe donc par un équilibre privé/professionnel où le travail n'est pas sacrifié, où il est aménagé afin de rendre possible la gestion familiale et l'expression de l'ensemble des valeurs des internes.

Peut-être cependant que certaines conceptions se retrouveront mise à mal par l'expérience du réel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale [Internet]. Janv 18, 2002 [cité 15 sept 2015]. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id

2. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. Jan 18, 2004 [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781658

3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Juil 27, 2009 [cité 14 sept 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475

4. Atlas de la démographie médicale 2014 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2014 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472

5. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2006-2007. Paris: La Documentation française; 2008.

6. Atlas de la démographie médicale française 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2015 [cité 15 sept 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

7. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale - Résultats complets | ISNAR-IMG [Internet]. ISNAR-IMG. 2011 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf

8. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi qualitatif d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2011 févr. Report No.: 104.

9. Atlas de la démographie médicale en France 2007 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2008 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2007.pdf

10. Atlas de la démographie médicale en France 2008 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2009 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2008.pdf

11. Atlas de la démographie médicale 2009 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2010 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2009_0.pdf

12. Atlas de la démographie médicale 2010 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2011 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_cnom_2010.pdf

13. Atlas de la démographie médicale française 2011 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2011 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087

14. Atlas de la démographie médicale 2012 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2012 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-2012-1245

15. Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2013 [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-francaise-2013-1327

16. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2009 févr. Report No.: 679.

17. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2002;52(479):526-7.

18. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale [Internet]. Déc 31, 1958 [cité 18 juil 2015]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000886688

19. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques [Internet]. Déc 26, 1982 [cité 18 juil 2015]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000880032

20. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale [Internet]. Févr 9, 2008 [cité 18 juil 2015]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018088910&categorieLien=id

21. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. Août 17, 2004 [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id

22. Chabot J-M. Démographie médicale : les mécanismes de la crise. Rev Prat Médecine Générale. 2001;15(553):1917-26.

23. Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale. [Internet]. Sect. Titre IV : droit des médecins à une cessation anticipée d'activité [cité 15 juil 2015]. Disponible sur: http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000509071

24. Arrêté du 4 septembre 1970 portant approbation du règlement relatif à la qualification des médecins établi par le conseil national de l'ordre. oct 3, 1970.

25. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Rev Fr Aff Soc. 2011;2(2):9-28.

26. Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France. Recherche médecin désespérément, motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. 2008 janv.

27. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse Médecine]. Nantes ; 2010.

28. Grassaud MH. Déterminants du choix d'installation en milieu déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public. [Thèse Médecine]. Toulouse ; 2013.

29. Giboudot L. Que sont devenus ceux qui avaient choisi la médecine générale suite aux ECN 2005 ? Étude qualitative sur les choix et le devenir professionnel de jeunes médecins deux ans après la validation du DES [Thèse Médecine]. Besançon ; 2011.

30. Brunet C. Les déterminants de choix d'un DESC en médecine générale une étude qualitative par entretiens individuels [Thèse Médecine]. Montpellier ; 2014.

31. Observatoire régional de la santé d'Alsace. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale [Internet]. 2014 [cité 18 juin 2015]. Disponible sur: http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/services/Devenirinternes_20140522.pdf

32. Zuber Frédéric. Jeunes installés et remplaçants en médecine générale regards croisés sur deux types d'exercice les déterminants du projet professionnel [Thèse Médecine]. Dijon ; 2012.

33. Koleva I. Les déterminants du choix du mode d'exercice en médecine générale enquête qualitative par entretiens semi-directifs dans l'Hérault [Thèse Médecine]. Montpellier ; 2013.

34. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse Médecine]. Grenoble ; 2011.

35. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Thèse Médecine]. Lyon ; 2014.

36. Bloy G. Que font les généralistes à la faculté ? Analyse d'une implantation improbable. In: Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique ; 2010.

37. Velde CV de. Devenir adulte: sociologie comparée de la jeunesse en Europe. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France ; 2008. 278 p.

38. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Quest Déconomie Santé. 2004;(81).

39. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2006 janv p. 18.

40. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 15 avr 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/article/attentes-projets-et-motivations-des-medecins-face-leur-exercice-professionnel-53

41. Calan C de. M. Lallement. Le travail. Une sociologie contemporaine. Paris: Gallimard. Orientat Sc Prof. 2009;(38/3):385-8.

42. Dubet F. L'expérience sociologique. Paris: Découverte; 2007. 120 p.

43. Schweyer F-X. Les enquêtes sur les souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale. In: Le rapport 2006-2007. Paris: La Documentation française; 2008.

44. Faure Y. Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principe des choix et genèse des goûts. In: Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique; 2010.

45. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009 [Internet]. 2012 [cité 16 avr 2015]; Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12439

46. Régnier-Loilier A. L'arrivée d'un enfant modifie-t-elle la répartition des tâches domestiques au sein du couple? Popul Sociétés. 2009;(461).
Disponible sur: http://cidff.lille.free.fr/documents/ined_Regnier-Loilier.pdf

47. Les inégalités entre les femmes et les hommes en France [Internet]. Obervatoire des inégalités. 2015 [cité 16 avr 2015]. Disponible sur: http://www.inegalites.fr/spip.php?article1400

48. Laufer J. La construction du plafond de verre: le cas des femmes cadres à potentiel. Trav Empl. 2005;102:31-44.

49. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions? Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):35-58.

50. Singly F de, éditeur. L'injustice ménagère. Paris: Armand Colin; 2007. 235 p.

51. Singly F de. Charges et charmes de la vie privée. In: Masculin-féminin: questions pour les sciences de l'homme. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France; 2001.

52. Pailhé A, Solaz A. Vie professionnelle et naissance : la charge de conciliation repose essentiellement sur les femmes. Popul Sociétés. 2006;(426).

53. Méda D, Cette G, Dromel N. Les pères, entre travail et familles: Les enseignements de quelques enquêtes. Rech Prévisions. 2004;76(1):7-21.

54. Schweyer F-X. Ni artisan ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In: Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010.

55. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):59-81.

56. Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 2008;4(3):135-40.

57. Baszanger I. Socialisation professionnelle et contrôle social: Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. Rev Fr Sociol. 1981;22(2):223.

58. Beringer J. Les déterminants de choix d'un DESC en médecine générale une étude quantitative menée auprès des internes en Médecine générale de l'inter région Sud-Est [Thèse Médecine]. Montpellier ; 2014.

59. Braun Neves C. Être ou ne pas être médecin généraliste : enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes [Thèse Médecine]. Paris; 2005.

60. Munck S. Étude des déterminants de l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire chez les internes de médecine générale français [Thèse Médecine]. 2012.

61. Achitouv O. Identification des déterminants du choix de collaborateur libéral ou de médecin remplaçant analyse qualitative par entretiens semi-directifs chez des jeunes médecins généralistes thésés [Thèse Médecine]. 2012.

62. Franco Rodrigues A. Représentations et conceptions de la médecine générale regards croisés entre internes de médecine générale et médecins généralistes [Thèse Médecine]. 2012.

63. Csillik AS. Polémique actuelle autour du modèle transthéorique : ce modèle mérite-t-il d'être encore utilisé ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2009;167(5):355-60.

64. Csillik AS, Petot J-M. L'évaluation des stades de changement dans les addictions. L'Évolution Psychiatr. 2012;77(3):331-41.

65. Kerns RD, Rosenberg R, Jamison RN, Caudill MA, Haythornthwaite J. Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ): Pain. 1997;72(1):227-34.

66. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. Rev Médecine Interne. 2014;35(5):317-21.

67. Insee - Territoire - Nouveau zonage en bassins de vie 2012 : 78 bassins de vie structurent le territoire régional [Internet]. [cité 1 nov 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19317

68. Insee - Indicateur - Le taux de chômage est stable au deuxième trimestre 2015 [Internet]. [cité 1 nov 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/info-rapide.asp?id=14

69. Winckler M. Les trois médecins. Paris: Gallimard; 2006.

70. ECN : le choix des carabins - La médecine générale fait-elle encore peur aux jeunes ? | Le Généraliste [Internet]. [cité 2 nov 2015]. Disponible sur: http://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2014/05/16/ecn-le-choix-des-carabins_242821#

ANNEXES

<u>Annexe 1 :</u> Grille d'entretien

Bonjour, merci de m'accorder un peu de ton temps. En premier lieu je tiens à t'assurer que ton identité n'apparaîtra pas dans la thèse, le but est que tu puisses t'exprimer en totale liberté. Ce d'autant plus que l'on va toucher en partie à la sphère privée.

Je réalise un travail sur l'influence des motivations personnelles sur le choix professionnel des futurs médecins généralistes. Les données démographiques peu engageantes sur nos effectifs, avec un exercice libéral qui évolue profondément, associées au fait que plus d'un tiers des diplômés de médecine générale ne sont pas en pratique des généralistes, ont amené de nombreux étudiants, syndicats et organismes divers à se pencher sur le projet professionnel des internes. Cependant, les motivations personnelles ne sont que partiellement étudiées. Il m'a paru important de les aborder dans ce contexte de questionnement sur les besoins médicaux en France et de détailler en quoi elles pouvaient participer à l'élaboration du projet professionnel.
L'entretien s'articule en cinq parties :

- une première pour te présenter,
- la deuxième pour aborder ta formation et le type de médecine que tu souhaites pratiquer,
- la troisième pour déterminer l'exercice professionnel précis que tu souhaiterais avoir dans l'idéal,
- la quatrième pour développer tes valeurs personnelles, tes motivations et les confronter à l'exercice voulu,
- la cinquième et dernière pour revenir au concret, à la situation actuelle, et relever s'il existe déjà des contraintes qui t'obligent à recadrer tes objectifs professionnels.

D'accord ?

Pour commencer, ...

***<u>THEME A :</u> Situation Personnelle :* peux-tu te présenter ?**

<u>Relances</u> :	
- Quel âge as-tu ?	
- Quelle est ta situation familiale (Célibataire, en couple, pacsé, marié, avec/sans enfant...) ?	
- Quelle est la profession de ton(ta) conjoint(e) ? Quel est son lieu d'étude ou de travail ?	
- Quelle est/était la profession de tes parents ?	
- Quelle est ta région d'origine ? Celle de ton conjoint ? (rural ? urbain ? semi-rural ?)	
- Quels sont tes projets sur le plan familial et dans quels délais à peu près (enfants...) ?	
<u>Questions récapitulatives :</u>	
- Si je résume ce que tu m'as dit tu as **(données essentielles)**, c'est bien cela ?	
- Est-ce que tu souhaites ajouter autre chose qui te paraît important sur tes choix de vie, dans ta situation personnelle ?	
- Dans ce que tu as cité, quelles sont les choses qui peuvent influencer le plus tes choix de vie et notamment d'exercice professionnel ?	

THEME B : *Projet professionnel et parcours :* **Abordons ta formation et son issue. Dans le cadre de tes études, de quels diplômes disposes-tu ? Comptes-tu en passer de nouveaux ?**

Relances :	
- Tu vas disposer du DES de médecine générale, cette filière était-elle un choix ? Depuis quand ?	
- Es-tu titulaire ou en cours de formation pour disposer d'un DESC, DU, DIU ? Le(s)quel(s) ?	
Comptes-tu t'inscrire dans de telles formations ultérieurement ? Dans quel but pour ta pratique ultérieure ?	
- Envisages-tu d'emprunter la filière universitaire de médecine générale ? Être maître de stage, enseignant, voir enseignant associé, chef de clinique…. ?	
- En définitive, penses-tu exercer la médecine générale ? De manière exclusive ? Ou autre ? (gériatrie, psychiatrie, médecine scolaire, soins palliatifs, médecine du sport, médecine d'urgence, CPAM, acupuncture...).	
Questions récapitulatives :	
- Si je résume ce que tu m'as dit **(données essentielles)**, c'est bien cela ?	
- Est-ce que tu souhaites ajouter autre chose qui te paraît important sur tes choix de projets professionnels ?	
- Dans ce que tu as cité, quelles sont les choses les plus importantes, à même d'influencer le plus ton exercice professionnel futur ?	
- Dirais-tu que tes choix sont définitifs, bien établis ou au contraire dirais-tu que tu es encore indécis ?	

THEME C : *Environnement professionnel désiré :*
Si tout était possible, imagine que tu n'as aucune contrainte, vers quel type d'exercice t'orienterais-tu ?

Relances :	
- Penses-tu te diriger vers un exercice libéral ? Salarié ? Mixte ? Collaborateur libéral ?	
- En ville ? Dans un cadre institutionnel ou hospitalier ?	
- Si en ville, penses-tu travailler en groupe ? Monodisciplinaire ? Pluridisciplinaire ? Individuel ?	
- Quelle rythme de travail penses-tu avoir ? Journées libérées ? Temps de travail hebdomadaire ?	
- T'accorderais-tu du temps pour réaliser le travail administratif ?	
- Proximité plateau technique ? De spécialistes ? Collaborateurs paramédicaux ?	

Questions récapitulatives :	
- Si je résume ce que tu m'as dit **(données essentielles)**, c'est bien cela ?	
- Est-ce que tu souhaites ajouter autre chose qui te paraît important sur tes choix d'exercice professionnel ?	
- Dans ce que tu as cité, quelles sont les choses les plus importantes, qui te paraissent incontournables pour un exercice professionnel qui te convienne ?	
- Dirais-tu que tes choix sont définitifs, bien établis ou au contraire dirais-tu que tu es encore indécis ?	

Par rapport à cet idéal que tu as défini avec précision, quels seraient les obstacles, les freins, qui t'obligeraient à envisager les choses autrement ?

Par exemple :	
- l'activité professionnelle d'un conjoint ?	
- ses motivations à lui/elle ?	
- la scolarisation des enfants ?	
- les problèmes de santé d'enfants, de parents, de proches ?	
- des problèmes de santé personnels ?	
- des soucis d'argent ?	
- autre ?	

THEME D : *Motivations personnelles et exercice :* Sortons du champ exclusivement professionnel. Quels sont tes valeurs personnelles qui font ou feraient ta qualité de vie, participent à ton bonheur aujourd'hui ?

Relances :	
- La vie sentimentale, de couple ?	
- La vie familiale, les enfants ?	
- La vie sociale, les amis ?	
- Les activités sportives ?	
- Les activités culturelles ?	
- La réussite financière ?	
- La reconnaissance des patients ?	
- La passion du métier ?	
- Le travail en équipe, le partage ?	

Quels sont ainsi les modalités d'exercice envisagées qui pourront favoriser l'expression de ces valeurs ? Ton projet ?

Relances :	
- Penses-tu exercer la médecine générale ? Ou autre ?	
- Penses-tu te diriger vers un exercice libéral ? Salarié ? Mixte ? Collaborateur libéral ?	
- En ville ? Dans un cadre institutionnel ou hospitalier ?	
- Si en ville, penses-tu travailler en groupe ? Monodisciplinaire ? Pluridisciplinaire ? Individuel ?	
- Quelle rythme de travail penses-tu avoir ? Journées libérées ? Temps de travail hebdomadaire ?	
- T'accorderais-tu du temps pour réaliser le travail administratif ?	
- Proximité plateau technique ? De spécialistes ? Collaborateurs paramédicaux ?	
Questions récapitulatives :	
- Si je résume ce que tu m'as dit **(données essentielles)**, c'est bien cela ?	
- Est-ce que tu souhaites ajouter autre chose qui te paraît important sur tes valeurs et motivations personnelles ? Sur tes choix d'exercice en lien avec ces valeurs et motivations ?	
- Penses-tu que tes choix actuels te correspondent parfaitement (si choix définitif ou quasi-définitif) ?	
- En fonction de ce que tu as dit, quels choix te paraissent les mieux adaptés à tes valeurs et motivations personnelles (si ambivalence ou pré-intention) ?	

THEME E : Situation actuelle : Abordons le présent pour finir. Dans ta vie, y a-t-il déjà des choses, personnelles ou professionnelles ou autres, qui t'obligent à recadrer ton objectif professionnel idéal ?

Relances :	
- Travail du conjoint	
- Scolarité des enfants	
- Nécessité de rester proche des parents handicapés ?	
- Manque de moyens financiers ?	
- Sentiment de manque de compétences ?	
- Peur d'être isolé, en insécurité ?	
- Autre ?	

As-tu réfléchis à des solutions pour lever ces freins, pour atteindre malgré tout ton exercice idéal ?

Merci beaucoup pour cet entretien. J'espère qu'il ne t'a pas paru trop long ni trop pesant. Souhaites-tu ajouter quelque chose, que nous avons oublié et qui te paraît important ?

<u>Annexe 2 :</u> Exemple de verbatim décomposé en indices de signification

ENTRETIEN n° 1 - Mlle A. 25 ans, entretien de 15 minutes et 18 secondes, le 12/06/2015 à 19h – à la terrasse d'un café en bas de son domicile BAYONNE

<u>THEME A :</u> Peux-tu te présenter ?
Je m'appelle E., j'ai 25 ans, euh... je suis en couple, pas mariée pas d'enfant. J'ai fait le début de mes études à Paris, mais j'ai beaucoup déménagé et euh... voilà.
[Caractéristiques personnelles >> Sexe >> F]
[Caractéristiques personnelles>> Âge >> 25 ans]
[Caractéristiques personnelles>> Situation Matrimoniale>> En couple – sans enfant]
[Caractéristiques personnelles >> Lieux de vie >> Lieux d'études >> Paris]
[Caractéristiques personnelles >> Lieux de vie >> Nombreux déménagements >> *« j'ai beaucoup déménagé »]*

Tu as déjà des projets ?
J'espère oui, on verra (*rire*) ! J'aimerais bien aller m'installer avec mon conjoint, me marier aussi !

Te marier d'ici … ?
Oh grosso modo un an, un an et demi.
[Motivations >> Personnelles >> Projets personnels >> Couple >> Installation]
[Motivations >> Personnelles >> Projets personnels >> Couple >> Mariage]
[Caractéristiques personnelles >> Situation Matrimoniale >> En couple >> bien établi, mariage à court terme]

Que font tes parents ?
Papa est commissaire de la marine et maman est femme au foyer. Aucun rapport avec la médecine et euh... j'ai six frères et sœurs et aucun n'est dans la médecine !
[Caractéristiques personnelles >> CSP Cadres et professions intellectuelles supérieures >> père]
[Caractéristiques personnelles >> CSP Mère au foyer >> Mère]
[Caractéristiques personnelles >> Professions médicales dans la famille >> Néant]
[Caractéristiques personnelles >> Structure familiale >> Fratrie nombreuse]

Ta région d'origine c'est Paris c'est ça ?
Oui c'est ça.
[Caractéristiques personnelles >> Lieux de vie >> Origines géographiques >> Paris]
Et ton conjoint ?
Il est militaire et il habite dans les Vosges *(rires*).
[Caractéristiques personnelles >> Famille >> Conjoint >> Profession >> Militaire]
[Caractéristiques personnelles >> Famille >> Conjoint >> Origines >> Différentes de celles de l'interviewé >> Vosges]

Donc si je résume tu as 25 ans, tu es originaire de Paris, seule médecin de ta famille, tu es en couple, ton conjoint est militaire et vous espérez vous installer puis vos marier prochainement. C'est bien ça ?
Oui

Tu veux rajouter autre chose.
Euh... Non...(*hésite*)... Je ne vois pas.

Dans ce que tu as cité, y-a-t-il des choses qui peuvent plus influencer tes choix de vie et notamment d'exercice professionnel ?
Ah bien sûr, bien sûr. Si je veux m'installer avec mon copain, il est militaire, si je reste avec lui, je vais aller m'installer là où il vit. Clairement ça va euh... ça peut changer ce que je veux faire. Ça sera forcément dans ce sens-là du fait de sa carrière.
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Conjoint >> Profession >> Lieu de vie >> Attitude suiviste >> *Ah bien sûr, bien sûr. Si je veux m'installer avec mon copain, il est militaire, si je reste avec lui, je vais aller m'installer là où il vit.*]
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Conjoint >> Contraintes sur Projet Professionnel >> Exercice tributaire de l'emploi du conjoint >> *Clairement ça va euh... ça peut changer ce que je veux faire. Ça sera forcément dans ce sens-là du fait de sa carrière.*]

<u>THEME B :</u> Maintenant, nous allons aborder ton parcours universitaire et esquisser ton projet professionnel : dans le cadre de tes études, de quels diplômes disposes-tu ?
(Me coupe) Alors le diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales.
[Formation >> Diplômes acquis >> Divers >> *Alors le diplôme de fin de deuxième cycle des études médicales.*]

Euh oui, tu vas surtout bientôt disposer du DES de médecine générale …
Oui je passe le mémoire le 1er juillet et j'ai aussi mes examens de DESC 1 d'urgence, puis je devrai valider le DESC 2 l'année prochaine.
[Formation >> En lien avec Exercice principal >>Urgences >> Diplômes en cours >> *Oui je passe le mémoire le 1er juillet et j'ai aussi mes examens de DESC 1 d'urgence, puis je devrai valider le DESC 2 l'année prochaine.*]

Et tu...
(me coupe) et un DU, oui, j'ai le DU de médecine d'urgence !
[Formation >> En lien avec Exercice principal >> Urgences >> Diplômes acquis >> *(me coupe) et un DU, oui, j'ai le DU de médecine d'urgence !*]

Tu comptes en passer d'autres ?
Des DU ?
Oui.
J'aimerai bien passer la toxicologie... Et la médecine de catastrophe aussi, mais peut-être pas tout dans la même année.
[Formation >> En lien avec Exercice principal >> Formations complémentaires envisagées >> Urgence >> *J'aimerai bien passer la toxicologie... Et la médecine de catastrophe aussi, mais peut-être pas tout dans la même année.*]

En fait tu veux avoir une formation complète dans le cadre de la médecine d'urgence ?
Oui.
Tu ne t'es pas engagée dans tes études pour faire de la médecine générale alors ?
Si si, c'est vraiment ce que je voulais faire, la médecine générale et depuis longtemps, je compte même y revenir plus tard mais... euh...
[Vocation >> Initiale >> Médecine générale >> *Si si, c'est vraiment ce que je voulais faire, la médecine générale et depuis longtemps, je compte même y revenir plus tard mais... euh...*]

Mais ?
Tu vas trouver ça bête mais un jour, j'étais à la plage à Saint-Jean de Luz et j'ai vu un médecin

intervenir et euh... se faire hélitreuiller et là je me suis dit : « c'est ça que j'veux faire ! » *(rires)*.
[Vocation >> Actuelle >> Urgences >> *Tu vas trouver ça bête mais un jour, j'étais à la plage à Saint-Jean de Luz et j'ai vu un médecin intervenir et euh... se faire hélitreuiller et là je me suis dit : « c'est ça que j'veux faire ! » (rires).*]

D'accord ! Comptes-tu embrasser une carrière universitaire ?
Pourquoi pas euh... dans l'urgence oui, le poste qu'on me propose à Créteil l'année prochaine est un poste d'attente pour un poste de chef de clinique mais euh... après ça dépendra de...
[Projet Professionnel >> Idéal >> Carrière universitaire >> *Pourquoi pas euh... dans l'urgence oui, le poste qu'on me propose à Créteil l'année prochaine est un poste d'attente pour un poste de chef de clinique mais euh...*]

De ?
Mais après ça dépendra aussi des mes choix euh.. personnels derrière. Notamment si je dois suivre mon conjoint. Mais oui c'est quelque chose que j'envisage.
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Conjoint >> Contraintes sur Projet Professionnel >> Carrière universitaire tributaire de son emploi >> *Mais après ça dépendra aussi des mes choix euh.. personnels derrière. Notamment si je dois suivre mon conjoint. Mais oui c'est quelque chose que j'envisage.*]

Est-ce que tu souhaites ajouter autre chose qui te paraît important sur tes choix de projets professionnels ?
Euh... non.

Dans ce que tu as cité, quels sont les choses les plus importantes, à même d'influencer le plus ton exercice professionnel futur ?
Mon mec ça c'est sûr !
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Conjoint >>]

Toujours !
Oui *(rire)* mais même si l'année prochaine je me rapproche de Paris, y'a quand même la famille qui entre en jeu, je suis pas mécontente de remonter à Paris pour me rapprocher de ma famille...
Donc la famille entre clairement en jeu ?
Oui je suis pas mécontente de me rapprocher de ma famille, de mes frères et sœurs, de mes parents et de mes grands-parents !
[Motivations >> Personnelles >> Famille proche >> S'en rapprocher >> *Oui (rire) mais même si l'année prochaine je me rapproche de Paris, y'a quand même la famille qui entre en jeu, je suis pas mécontente de remonter à Paris pour me rapprocher de ma famille...(...) Oui je suis pas mécontente de me rapprocher de ma famille, de mes frères et sœurs, de mes parents et de mes grands-parents !*]

Et sur un plan professionnel, les choses les plus importantes...
La médecine d'urgence, pour commencer en tout cas !
[Projet professionnel >> Point prioritaire >> Le domaine médical >> *La médecine d'urgence, pour commencer en tout cas !*]

Dirais-tu que tes choix sont définitifs, bien établis ou au contraire dirais-tu que tu es encore très indécise ?
C'est bien établi c'est à dire que c'est clair dans ma tête. Je sais à peu près où je vais, après ça dépend, le lieu tourne un peu autour de ce qui va arriver à mon mec, mais le projet est établi.
[Formation >> Stade de motivation formation (modèle transthéorique) >> Action >> *C'est bien*

établi c'est à dire que c'est clair dans ma tête. Je sais à peu près où je vais]
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Conjoint >> Contraintes sur projet professionnel >> Implantation géographique dépendante de son emploi >> *après ça dépend, le lieu tourne un peu autour de ce qui va arriver à mon mec*]

OK.

THEME C : Maintenant on va aborder l'environnement professionnel désiré, idéal. Si tout était possible, vraiment imagine que tu n'as pas de contrainte, vers quel type d'exercice t'orienterais-tu et pourquoi ?
Pour les 10 prochaines années, de la médecine d'urgence euh... si possible dans un gros centre euh... clinique ou hôpital ça me... je m'en fiche un peu, mais du travail en équipe en tout cas.
[Projet Professionnel >> Idéal >> Exercice >> *Pour les 10 prochaines années, de la médecine d'urgence euh...*]
[Projet Professionnel >> Idéal >> Lieu >> Structure Importante >> *si possible dans un gros centre euh... clinique ou hôpital ça me... je m'en fiche*]
[Projet Professionnel >> Motivations Professionnelles >> Travail en équipe >> *mais du travail en équipe en tout cas*.]

Les horaires ?
Oh ben je sais que c'est 48 heures par semaine, c'est comme ça...
Cela te paraît contraint ?
Du coup oui j'ai pas trop le choix.
Tu ne te vois pas faire un 80% par exemple...
Alors après euh si, oui, dans l'idéal oui, j'aimerai bien faire un 80%, un ¾ temps !
Dans l'idéal parce que tu penses que 48h...
Je vais être fatiguée au bout d'un moment.
[Projet Professionnel >> Idéal >> Horaires >> Aménagés >> *Oh ben je sais que c'est 48 heures par semaine, c'est comme ça...(...) Alors après euh si, oui, dans l'idéal oui, j'aimerai bien faire un 80%, un ¾ temps !*]

Et tu as parlé de grosse structure, c'est à dire ?
Ben qu'il y ait un bon plateau technique et pas mal de spécialistes aussi.
[Projet Professionnel >> Idéal >> Lieu >> Moyens élargis avec plateau technique >> *Ben qu'il y ait un bon plateau technique*]
[Projet Professionnel >> Idéal >> Lieu >> Réseau/Présence de spécialistes >> *et pas mal de spécialistes aussi.*]

Le travail administratif, la paperasse, qui existe aussi à l'hôpital, tu t'accorderas du temps pour t'y consacrer ?
Surtout le moins possible !
[Projet Professionnel >> Idéal >> Secrétariat >> Souhait de se décharger des tâches administratives >> *Surtout le moins possible !*]

Si je résume ce que tu m'as dit, travailler dans un service d'urgence, en équipe donc, dans une grande structure, que ce soit l'hôpital public ou une clinique, en équipe, idéalement moins de 48 heures par semaine, puis venir peut-être dans quelques années vers la médecine générale...
Et du SAMU aussi !
[Projet Professionnel >> Motivations Professionnelles >> Exercice particulier >> SAMU]

Du SAMU donc ça c'est l'hôpital...
Oui d'ailleurs peut-être que pour commencer j'aimerais poursuivre plutôt dans une structure publique.
[Projet Professionnel >> Idéal >> Lieu >> Structure Publique >> *Oui d'ailleurs peut-être que pour commencer j'aimerai poursuivre plutôt dans une structure publique.*]

Dans ce que tu as cité, quels sont les choses les plus importantes, qui te paraissent incontournables pour un exercice professionnel qui te convienne ?
Le travail aux urgences, c'est le seul point incontournable.
[Projet professionnel >> Point prioritaire >> Le domaine médical >> *Le travail aux urgences, c'est le seul point incontournable.*]

Donc tu dirais plutôt que tes choix sont définitifs, bien établis ou au contraire que tu es encore très indécise ?
Bien établis oui.
[Projet Professionnel >> Stade de motivation Projet Professionnel (modèle transthéorique) >> Action >> Bien établis oui.

Par rapport à cet idéal que tu as défini avec précision, quels seraient les obstacles, les freins, qui t'obligeraient à envisager les choses autrement ?
A part si j'arrive pas à finir ma thèse dans les temps non ! *(rires)* Même concernant mon conjoint, il y a toujours des hôpitaux près des villes, c'est l'avantage des urgences, y'a toujours des urgences à moins de 40 kilomètres de... euh... quelque part.
[Conciliation des valeurs >> Dans le cas d'une vie familiale prioritaire >> Tout à fait réalisable >> Du fait de l'offre de postes salariés >> *Même concernant mon conjoint, il y a toujours des hôpitaux près des villes, c'est l'avantage des urgences, y'a toujours des urgences à moins de 40 kilomètres de... euh... quelque part.*]

Pas forcément une structure aussi importante que tu ne le souhaiterais ?
Oui mais ça c'est pas très grave, ça peut être temporaire euh... ça, ça ne me dérange pas.
[Conciliation des valeurs >> Dans le cas d'une vie familiale prioritaire >> Tout à fait réalisable >> Grâce à des concessions professionnelles >> *Oui mais ça c'est pas très grave, ça peut être temporaire euh... ça, ça ne me dérange pas.*]

Sur le plan familial peut-être, un proche malade qui t'inciterait à...
Oui justement ma grand-mère est vieillissante quand même et c'est pour ça aussi que je remonte, elle a 92 ans quand même, voilà euh... j'aimerais bien la voir plus souvent.

<u>THEME D :</u> A présent, on va aborder tes motivations personnelles, tes valeurs, en dehors, on sort du champ professionnel. Quels sont tes valeurs personnelles qui font la qualité de vie, participent à ton bonheur aujourd'hui ?
C'est compliqué ta question ! Euh... La vie de couple, la vie de famille très important ! Le temps à consacrer aux enfants si j'en ai un jour, ça c'est quelque chose qui passe en priorité, devant ma vie professionnelle. Ça, ça passe en premier ! La vie en province aussi, c'est important, c'est quelque chose que je préfère, c'est plus calme et plus sympa !
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Famille en construction >> *Euh... La vie de couple, la vie de famille très important ! Le temps à consacrer aux enfants si j'en ai un jour, ça c'est quelque chose qui passe en priorité, devant ma vie professionnelle. Ça, ça passe en premier !*]

Tu m'as parlé de remonter en région parisienne...
Oui mais la famille passe avant aussi...
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> *Oui mais la famille passe avant aussi...*]

La vie sociale, les amis ?
Ça passe un peu derrière aussi, la famille c'est vraiment avant le reste...
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> *la famille c'est vraiment avant le reste...*]

Oui tu as bougé sans problème avec l'internat...
C'est ça, les amis on s'en fait partout, les bons on les garde, donc ça c'est quelque chose qui ne m'inquiète pas plus que ça euh... La vie sociale, amicale, ça ne m'inquiète pas plus que ça.
[Motivations >> Personnelles >> Secondaires >> Ami(e)s/vie sociale >> *ça passe un peu derrière aussi (...). C'est ça, les amis on s'en fait partout, les bons on les garde, donc ça c'est quelque chose qui ne m'inquiètes pas plus que ça euh... La vie sociale, amicale, ça ne m'inquiète pas plus que ça*]

La famille est importante mais tu as aussi la passion du métier j'ai l'impression...
Ah oui, bien sûr, ça par contre je souhaite exercer mon métier, ce n'est pas négociable. Après la structure j'suis assez euh... dans l'idéal je t'ai dit ce que je voulais mais je suis assez flexible sur le type de structure et c'est aussi pour ça que j'ai choisi la médecine d'urgence, c'est dans l'idée de pouvoir me déplacer, je n'aime pas trop rester longtemps au même endroit, pour l'instant je n'ai pas envie de me fixer dans un endroit précis. Je suis très heureuse de me dire que je vais rester 3 ans quelque part mais pas euh... 45 ans quoi, me dire aujourd'hui que je vais rester 40 ans au même endroit ça m'angoisse.
[Projet Professionnel >> Motivations professionnelles >> Exercice non prioritaire mais nécessaire à l'épanouissement >> *Ah oui, bien sûr, ça par contre je souhaite exercer mon métier, ce n'est pas négociable. Après la structure j'suis assez euh... dans l'idéal je t'ai dit ce que je voulais mais je suis assez flexible*]
[Conciliation des valeurs >> Exercice d'urgentiste salarié facilite la mobilité >> *je suis assez flexible sur le type de structure et c'est aussi pour ça que j'ai choisi la médecine d'urgence, c'est dans l'idée de pouvoir me déplacer, je n'aime pas trop rester longtemps au même endroit, pour l'instant je n'ai pas envie de me fixer dans un endroit précis. Je suis très heureuse de me dire que je vais rester 3 ans quelque part mais pas euh... 45 ans quoi, me dire aujourd'hui que je vais rester 40 ans au même endroit ça m'angoisse.*]

Un hobby, un sport ?
Non, y'a pas une passion, sportive par exemple, qui m'inciterait plus à rester dans tel endroit. Je préfère la mer à la montagne, mais j'aime aussi la montagne en hiver, cela ne me dérange pas.
[Motivations >> Personnelles >> Secondaires >> Sport >> *Non, y'a pas une passion, sportive par exemple, qui m'inciterait plus à rester dans tel endroit. Je préfère la mer à la montagne, mais j'aime aussi la montagne en hiver, cela ne me dérange pas.*]

La vie culturelle ?
C'est pareil, ça participe, si y'en a c'est chouette et si y'en a pas.. euh... ben y'a toujours des choses à faire en fait !
[Motivations >> Personnelles >> Secondaires >> Loisirs >> *C'est pareil, ça participe, si y'en a c'est chouette et si y'en a pas.. euh... ben y'a toujours des choses à faire en fait !*]

Oui mais par exemple, il y a des hôpitaux de périphérie dans des régions où la vie culturelle est un peu faiblarde, ça existe...
Oui, alors, moi célibataire, si c'était le cas, je veux pas travailler à l'hôpital d'Agen, si je redeviens

célibataire, je veux m'installer dans une grosse ville avec cinéma, spectacles, concerts... Mais actuellement, avec un projet familial, non, c'est pas grave...
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Famille en construction >> *Oui, alors, moi célibataire, si c'était le cas, je veux pas travailler à l'hôpital d'Agen, si je redeviens célibataire, je veux m'installer dans une grosse ville avec cinéma, spectacles, concerts... Mais actuellement, avec un projet familial, non, c'est pas grave...*]

Du coup, quels sont ainsi les modalités d'exercice envisagées, dont on a déjà parlé tout à l'heure, qui pourront favoriser l'expression de ces valeurs ? La famille surtout d'après ce que j'ai compris...
Euh... *(hésite)*
Par exemple, urgences et famille ça...
(Me coupe) Oui c'est faisable, à mon avis c'est sportif, d'autant plus sportif que si mon mec est militaire et s'il part en mission, c'est d'autant plus sportif mais je pense que c'est conciliable parce que travailler 48 heures par semaine finalement ça laisse un petit peu de temps, surtout si on fait des gardes de nuit, et c'est aussi une des raisons pour lesquelles je n'ai pas exclu l'urgence. Comme je voulais faire de l'urgence, j'y suis allée aussi parce que je pense que c'est conciliable. Sportif mais conciliable !
[Conciliation des valeurs >> Dans le cas d'une vie familiale prioritaire >> Tout à fait réalisable >> Possible car le salariat laisse plus de temps >> *(Me coupe) Oui c'est faisable, à mon avis c'est sportif, d'autant plus sportif que si mon mec est militaire et s'il part en mission, c'est d'autant plus sportif mais je pense que c'est conciliable parce que travailler 48 heures par semaine finalement ça laisse un petit peu de temps, surtout si on fait des gardes de nuit, et c'est aussi une des raisons pour lesquelles je n'ai pas exclu l'urgence. Comme je voulais faire de l'urgence, j'y suis allée aussi parce que je pense que c'est conciliable. Sportif mais conciliable !*]
Les gardes de nuit pour les enfants...
On trouve des moyens et ça libère du temps en journée pour être avec eux, pour m'occuper d'eux. Il faut trouver les moyens mais c'est faisable.

Plus que la médecine générale ? En libéral par exemple, cela te paraît moins propice ?
La médecine générale libérale, oui peut-être, la médecine générale salariée c'est sûr que ça paraît plus propice... Le problème du libéral c'est pas franchement l'emploi du temps, c'est plutôt que tu ne t'installes pas en libéral quelque part pour 5 ans. C'est ça mon problème avec le libéral, mon problème c'est la fixation dans le lieu qui est pas compatible avec mes envies, pour l'instant j'ai pas du tout envie de me fixer dans un lieu, j'ai toujours déménagé beaucoup, j'aime beaucoup changer de ville... Et puis si quand même, au niveau emploi du temps, la médecine salariée reste plus tranquille que la médecine libérale
[Motivations >> Personnelles >> Envie de changer de lieu >> *Le problème du libéral c'est pas franchement l'emploi du temps, c'est plutôt que tu ne t'installes pas en libéral quelque part pour 5 ans. C'est ça mon problème avec le libéral, mon problème c'est la fixation dans le lieu qui est pas compatible avec mes envies, pour l'instant j'ai pas du tout envie de me fixer dans un lieu, j'ai toujours déménagé beaucoup, j'aime beaucoup changer de ville...*]
[Conciliation des valeurs >> Confrontation à un autre exercice >> Ambivalence nulle]
[Conciliation des valeurs >> Dans le cas d'une vie familiale prioritaire >> Tout à fait réalisable >> Possible car le salariat laisse plus de temps >> *Et puis si quand même, au niveau emploi du temps, la médecine salariée reste plus tranquille que la médecine libérale.*]

Enfin en libérale tu fixes tes horaires ?
On doit facilement se laisser dépasser mais, vraiment, plus que l'emploi du temps, c'est plus le fait de rester fixée qui me bloque dans le fait d'envisager la médecine libérale aujourd'hui que l'idée que

ça prenne trop de temps si tu veux.
[Conciliation des valeurs >> Exercice libéral >> Craintes >> Se laisser submerger >> *On doit facilement se laisser dépasser*]
[Motivations >> Personnelles >> Envie de changer de lieu >> *c'est plus le fait de rester fixée qui me bloque dans le fait d'envisager la médecine libérale*]

Donc le fait d'avoir un temps partiel, comme on l'a évoqué tout à l'heure, cela va dans ce sens...
Oui ça peut me laisser plus de temps pour ma famille, je suis pas carriériste, mais si j'obtiens un poste de chef de clinique et que je peux ensuite monter les échelons, pourquoi pas, mais c'est pas LE but. Mais si on me le propose, j'adore l'enseignement, oui ça m'intéresse.
La carrière universitaire cela te paraît...
La recherche ne m'intéresse pas, ce qui m'intéresse c'est l'enseignement, c'est pour ça que je peux finalement prendre un poste qui me ferait commencer une carrière universitaire. Mais en soi ce n'est pas un objectif que je me suis fixé, du tout. Si ça se fait, c'est chouette, sinon tant pis.
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> La famille est prioritaire, au détriment de possibles opportunités professionnelles >> *je suis pas carriériste, mais si j'obtiens un poste de chef de clinique et que je peux ensuite monter les échelons, pourquoi pas, mais c'est pas LE but. Mais si on me le propose, j'adore l'enseignement, oui ça m'intéresse.(...) La recherche ne m'intéresse pas, ce qui m'intéresse c'est l'enseignement, c'est pour ça que je peux finalement prendre un poste qui me ferait commencer une carrière universitaire. Mais en soi ce n'est pas un objectif que je me suis fixé, du tout. Si ça se fait, c'est chouette, sinon tant pis.*]

Si je résume, être urgentiste, salariée, te permettra de concilier ta passion pour le métier d'une part et ta famille d'autre part, ça ce n'est pas négociable, mais tu ferais des concessions finalement pour ce que t'imposeront tes déplacements futurs, notamment vis-à-vis de ton conjoint.
Oui, et je ne suis vraiment pas prête à arrêter mon métier !
[Projet Professionnel >> Motivations Professionnelles >> Exercice secondaire mais nécessaire >> *Oui, et je ne suis vraiment pas prête à arrêter mon métier !*]

Penses-tu que tes choix actuels te correspondent parfaitement ?
Oui, j'ai l'impression que oui, cela me correspond parfaitement.
[Conciliation des valeurs >> Confrontation à un autre exercice >> Ambivalence nulle]
[Adéquation Projet/Valeurs >> Correspond parfaitement >> *Oui, j'ai l'impression que oui, cela me correspond parfaitement.*]

<u>THEME E :</u> Pour terminer, on va parler de ta situation actuelle, s'ancrer dans la réalité. Dans ta vie, y a-t-il déjà des choses, personnelles ou professionnelles ou autres, qui t'obligent à recadrer ton objectif professionnel idéal ?
B.en finalement non, avec mon mec y'a pas encore d'engagement précis, y'a un poste à Paris qui me va très bien puisqu'il me rapproche de ma famille et qui me rapproche accessoirement de mon mec. Finalement je n'ai rien à recadrer pour le moment mais sûrement que dans quelques mois je devrai recadrer un peu si les choses se concrétisaient mais en soi là...non.
[Projet professionnel >> Stade de motivation projet professionnel (modèle transthéorique) >> Action >> à court terme >> *Ben finalement non, avec mon mec y'a pas encore d'engagement précis, y'a un poste à Paris qui me va très bien puisqu'il me rapproche de ma famille et qui me rapproche accessoirement de mon mec. Finalement je n'ai rien à recadrer pour le moment*].

Les choses te paraissent bien définie à court terme, mais finalement tu es encore dans la construction non ?
C'est vrai, là je vais signer pour un poste pour un an mais dans un an il faudra que je re-réfléchisse à ce que je vais faire mais jusqu'à l'année prochaine je n'ai pas d'angoisse majeure sur mon projet professionnel. Les grands points sont balisés, après où, quand... ça ne dépend pas que de moi.
[Projet professionnel >> Stade de motivation projet professionnel (modèle transthéorique) >> Préparation >> à long terme >> *mais sûrement que dans quelques mois je devrai recadrer un peu si les choses se concrétisaient mais en soi là...non.(...) C'est vrai, là je vais signer pour un poste pour un an mais dans un an il faudra que je re-réfléchisse à ce que je vais faire mais jusqu'à l'année prochaine je n'ai pas d'angoisse majeure sur mon projet professionnel. Les grands points sont balisés*]
[Motivations >> NUMERO 1 >> Famille >> Conjoint >> Contraintes sur projet professionnel >> Implantation géographique dépendante de son emploi >> *après où, quand... ça ne dépend pas que de moi.*]

Merci beaucoup pour cet entretien. J'espère qu'il ne t'a pas paru trop long ni trop pesant. Souhaites-tu ajouter quelque chose, que nous avons oublié et qui te paraît important ?
Non rien !

Merci à toi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

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

Influence des motivations personnelles sur le choix professionnel selon les futurs médecins généralistes : étude qualitative auprès de 17 internes en médecine générale

Résumé de la thèse

Contexte : La médecine générale a connu de grandes évolutions depuis 50 ans, devenant une spécialité à part entière. Malgré cette promotion, la démographie est déclinante et les projections à moyen terme sont pessimistes. Ces statistiques n'illustrent pas le fait que l'exercice libéral s'est transformé et que certains diplômés privilégient des exercices particuliers. Cela altère aussi l'offre de soins. Les motivations personnelles entrent en jeu, sans que cela soit le fait d'aspirations uniquement individualistes. Il nous a donc paru intéressant d'étudier l'influence des motivations personnelles sur le choix professionnel selon les internes et de les mettre en perspective avec les motivations professionnelles.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'internes en médecine générale de TCEM 3 de la région Aquitaine, via une grille d'entretien permettant une analyse thématique.

Résultats : Sur le plan personnel, c'est la famille qui influence le plus les internes dans leur projet professionnel. Elle participe à la qualité de vie mais elle implique des contraintes professionnelles de deux ordres : géographique d'une part, de planning d'autre part. Par le conjoint, et ses exigences professionnelles, et par les enfants.

Tous les internes souhaitent concilier vie professionnelle et vie familiale. Ils ne renoncent pas à leur exercice, et l'aménage pour concilier envies professionnelles et vie privée. Les internes choisissant une activité libérale comptent sur la flexibilité de leur exercice et leur indépendance. Ceux choisissant une activité salariée estiment avoir assez de temps pour tout concilier. Les remplacements sont perçus comme une phase transitoire permettant la construction d'un projet.

Conclusion : L'exercice envisagé par les internes n'est pas le fait seulement de projections individualistes mais dépend du tissu familial et des possibilités offertes par les territoires. Dans ce contexte de tensions démographiques, cela implique une analyse et des solutions allant au-delà du cadre sanitaire et d'une politique de répartition.

Mots clés : motivations - personnelles - projet - professionnel - offre - soins - médecine – générale

Influence of personal motivations on professional choice according to future General Practitioners: a qualitative study among 17 general practice interns

Abstract of thesis :

Background : General practice has been in constant evolution for 50 years and has become a speciality. Despite of this promotion, demography is declining and medium-term projections are pessimistic. These statistics don't justify that working as a GP has changed and that some graduates tend to choose specific exercises. It also affects the healthcare system. Personal motivations are involved, although they are not due to purely individualistic aspirations. We found it interesting to study the influence of personal motivations in the career choice according to general practice trainees and to put them in perspective with professional motivations.

Method : Qualitative study by semi-structured interviews with general practice trainees TCEM 3 of the Aquitaine region, via an interview grid.

Results : From a personal perspective, family appears to be thet most influencial element for interns concerning their professional project. It has an impact on the quality of life but it implies two kinds of work commitments : geographical and planning. By the partner and his professional needs, and by children.

All trainees want to reconcile their career and their private life very well. They don't give up their exercise, and they adapt it to reconcile professional and private life desires. Trainees who choose a liberal professional activity rely on flexibility and independence. Those who choose a paid employment think they have enough time to reconcile everything. Working as a locum is considered as a temporary situation allowing the building up of a project.

Conclusion : The kind of activity chosen by trainees is not just influenced by individualistic aspirations but depends on the family background and geographical offer. In this context of demographic pressures, it implies an analysis and solutions going beyond the health framework and repartition policy.

Key words : motivations – personal – project – professionnal – healthcare – general – practice