



Difficultés socio-professionnelles rencontrées par les médecins généralistes exerçant en milieu rural dans l'Oise en 2016 : étude de la qualité de vie

Myriam Maisonneuve

► To cite this version:

Myriam Maisonneuve. Difficultés socio-professionnelles rencontrées par les médecins généralistes exerçant en milieu rural dans l'Oise en 2016 : étude de la qualité de vie. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01400758

HAL Id: dumas-01400758

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01400758>

Submitted on 22 Nov 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.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

ANNEE 2016

N° 2016 - 113

**DIFFICULTES SOCIO-PROFESSIONNELLES RENCONTREES
PAR LES MEDECINS GENERALISTES EXERCANT EN MILIEU
RURAL DANS L'OISE EN 2016 : ETUDE DE LA QUALITE DE
VIE.**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 SEPTEMBRE 2016

PAR

MAISONNEUVE Myriam

Président du jury : Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Juges : Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

 Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

 Monsieur le Professeur Julien MAIZEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Stéphane VAN AUDENHAEGE

REMERCIEMENT

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant
(Pharmacologie fondamentale clinique)
Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS
Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant cette thèse.

Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Chirurgie générale)
Service d'endocrinologie
Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie" (DRIME)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter avec enthousiasme de participer à ce jury de thèse, je vous en suis profondément reconnaissante. Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Médecine vasculaire*

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse, soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Julien MAIZEL

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Réanimation, médecine d'urgence)*

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury. Je suis reconnaissante de vous voir juger ce travail. Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Stéphan VAN AUDENHAEGE

Médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de fin d'étude.

A ma mère et ma grand-mère, deux femmes d'exception vous êtes mon modèle. Merci de ce soutien inconditionnel et de votre amour. Vous m'avez permis d'en être là où je suis aujourd'hui. Je ne vous en remercierai jamais assez, je vous aime.

A mon fils mon petit trésor, qui donne à ma vie tout son sens.

A mon frère qui est un soutien à toute épreuve, merci pour tout « Ma frère ».

Nadia : ma confidente, mon alliée. Tu es une femme exceptionnelle même si toi tu ne t'en rends pas compte. Tu as une belle et très très grande famille dont tu peux être fière. Love you.

Julie : tu es une personne formidable, unique, aimante sur qui on peut compter à tout moment même pendant « le travail ». Tu es la meilleure. Je sais que rien ne peut ébranler notre amitié. Love you . PS : ce message va s'auto détruire après lecture, pour ne pas laisser de preuve que moi j'ai pu te dire ça un jour.

Nida : tu es plus qu'une amie, une sœur de cœur. J'admire et respecte ta construction de vie tu es une amie de confiance.

VIES : mon autre sœur de cœur, toujours là l'une pour l'autre. La distance et le temps n'ont en rien entaché notre amitié. Tu es une battante, je suis fière de toi et de ta famille.

Bimane : mon frère de cœur, je sais que je peux compter sur toi. Pas assez de mots pour te dire tout ce que je pense, mais toi-même tu sais.

Patrice : depuis les bancs de l'école, un ami toujours au poste. Tu es une personne droite sur qui on peut compter pour nous mettre de bonne humeur et s'ambiancer, un réel soutien. Surtout ne change pas.

Bana : une femme de poigne et de cœur, mon coach, mon exemple.

Sabrina, merci pour tes précieux conseils, la relecture de mon travail et surtout pour ton amitié.

Myriam merci pour tes encouragements pendant la thèse et ton soutien. Et pour toutes les autres fois, tu es un amour ma Mimi.

Sandrine et Estelle : vous êtes des battantes, un exemple de courage et de force ; et de bonnes fêtardes.

A une de mes plus belles rencontres : un petit mélange de simplicité et de grain de folie **ma Aliciaaaaaaa**.

A mes camarades de promo, je suis contente d'avoir fait mes études à vos côtés, vous êtes des femmes d'exception et de cœur : Laura, Coumba, Louisa, Cephise, Helene, Raja, Nadège, Assia et Diana.

A mes amis, merci d'avoir été d'un grand soutien et réconfort. Merci tout simplement de l'amour et pour les moments partagés ensemble : Céline, Johnathan, Najah, Bes, Sandra, Emilie, Gladys, Sonia, Samia, Jessica, Naima, Garry, Johan, Jérôme, Clarisse, Marcus, Lynda, JOJO, Flora, Mathilde, Melly, Valérie, Fleur et les Novembrettes.

A ma famille pour ses soutiens et encouragements.

Dr Guittard, merci de m'avoir fait confiance et en me permettant de vous remplacer depuis trois ans. Pour tous vos encouragements et conseils, merci.

Dr Picot merci de votre confiance

Dr Chriqui mon exemple de médecin de famille !

A tous ceux qui sont partis trop tôt : Papy, Anabelle et Milo.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
I. L'activité médicale aujourd'hui	8
A. Démographie médicale	8
B. Une féminisation de la profession	9
C. Vieillessement du corps médical	10
D. Les futurs médecins	11
II. La médecine en milieu rural : un état des lieux	12
A. Contexte médical	12
B. Dans l'Oise	12
III. La qualité de vie	13
MATÉRIEL ET MÉTHODES	14
I. Définition de la population	14
II. Milieu rural	14
III. Déroulement de l'enquête	14
IV. Le questionnaire	14
V. Recueil des données	15
RÉSULTATS	16
I. Situation familiale	16
A. Age moyen	16
B. Situation familiale	16
C. Enfants	16
D. Tranche d'âge des enfants	16
E. Nombre d'enfants par médecin	16
F. Satisfaction de la vie familiale	17
II. Situation professionnelle	17
A. Nombre d'années d'installation	17
B. Motivation à l'installation	17
C. Mode d'exercice	17
D. Secrétariat	17
E. Temps de travail hebdomadaire	18
F. Nombre de semaine de vacances annuelles	18
G. Participation à la permanence de soins	18
H. Nombre de consultations	18
I. Nombre de visites	18
J. Nombre de gardes	18
K. Nombre de demi-journées de repos par semaine	18

L. Nombre de patients selon la CPAM	19
M. Satisfaction quant aux conditions de travail	19
III. Evaluation de la qualité de vie	19
A. Avantages à exercer en milieu rural	19
B. Estimez-vous exercer en zone sous médicalisé	19
C. Difficultés rencontrées sur le plan professionnel	19
D. Difficultés rencontrées sur le plan familial	20
E. Sentiment d’avoir renoncer à quelque chose en exerçant en milieu rural ..	
F. Evaluation de la qualité de vie personnelle	20
G. Evaluation de la qualité de vie professionnelle	20
H. Propositions visant à des améliorations professionnelles	20
DISCUSSION	21
I. Profil social et familial	21
A. Age	21
B. Sexe	21
C. Statut familial	21
D. Enfants	22
E. Satisfaction de la vie familiale	22
II. profil professionnel	22
A. Nombre d’années d’exercice	22
B. Motivation à l’installation	23
C. Mode d’exercice	23
D. Secrétariat	23
E. Temps de travail hebdomadaire	23
F. Temps de vacances annuelles	24
G. Nombre de consultations et de visites par jour	24
H. Permanences de soins et gardes	24
I. Nombre de demi-journée de repos	24
J. Nombre de patients selon la CPAM	24
III. Points positifs et négatifs	25
A. Avantages à exercer en milieu rural	25
B. Difficultés rencontrées	25
IV. Limites de l’étude	26
V. Dans la littérature	26
VI. Quel avenir pour la médecine rurale ?	27
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	32

ABREVIATIONS

D.R.E.E.S : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

A.R.S : agence régionale de santé

O.M.S : organisation mondiale de la santé

I.N.S.E.E : institut national de la statistique et des études économiques

S.O.F.R.E.S : société française d'études et de sondage

C.P.A.M : caisse primaire d'assurance maladie

C.D.O.M : conseil départemental de l'ordre des médecins

M.D.P.H : maison départementale pour personnes handicapées

INTRODUCTION

L'origine de ce travail est étroitement liée à mon directeur de thèse puisque ce dernier exerce en milieu rural et j'envisage moi-même cet environnement pour exercer ma profession à l'avenir.

Beaucoup de jeunes médecins ont une vision de l'aménagement du temps de travail différente de celle de leurs aînés : ils souhaitent un rythme de vie qui s'adapterait au 35 h hebdomadaire auxquelles une grande majorité de la population française est soumise. Le but escompté étant d'accorder davantage de temps à leur vie de famille et à leurs loisirs.

A cette difficulté s'ajoute un malaise grandissant dans la communauté médicale, comme le montrent les nombreuses grèves récentes, notamment suite à la proposition du projet de loi de modernisation de notre système de santé. La profession semble traverser une période de remises en question, laissant prévoir des difficultés importantes quant à l'offre de soins dans les années à venir.

Il a été important pour nous de nous intéresser à deux facteurs : les difficultés d'exercice que peuvent rencontrer les médecins généralistes, et l'exercice en milieu rural. Existe-t-il un lien entre ses deux facteurs ? Dans ce but, nous nous sommes concentrés sur le département de l'Oise.

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes libéraux qui exercent en milieu rural dans l'Oise et d'identifier les éléments qui nuisent à la qualité de vie.

I. L'activité médicale aujourd'hui

A. Démographie médicale

Un état des lieux de la démographie médicale apparaît nécessaire afin de comprendre l'activité médicale aujourd'hui.

Lors d'une étude menée en janvier 2015, 281 087 médecins étaient inscrits au Conseil de l'Ordre, dont 198 365 médecins en activité régulière. Parmi eux, on y trouvait 45% de femmes. [1] On recense 88 750 médecins libéraux, dont 58 104 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse de 10,3% par rapport à 2007. La densité médicale en métropole en janvier 2015 était alors de 281,4 médecins pour 100 000 habitants et celle des médecins généralistes (libéraux et mixtes) était de 88,7 pour 100 000 habitants. [1]

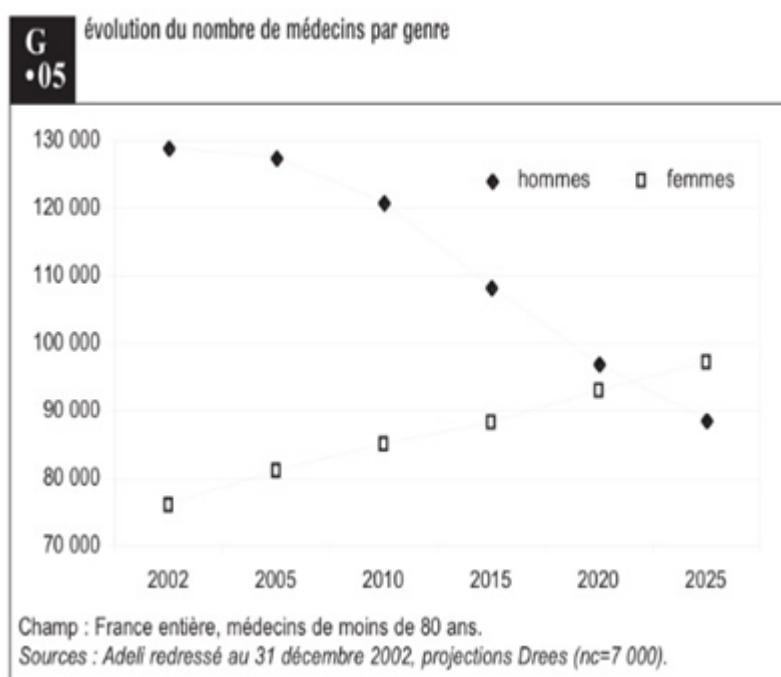
Tableau n°49: Densité régionale des médecins généralistes lib/mixtes – Comparaison 2007-2015

Région	Densité 2007	Densité 2015	variation
Alsace	100,8	95,5	-5,3%
Aquitaine	112,7	100,1	-11,2%
Auvergne	100,2	88	-12,2%
Basse-Normandie	88,5	79,9	-9,7%
Bourgogne	93,8	78,6	-16,2%
Bretagne	95,8	87,9	-8,2%
Centre	86,8	73,4	-15,4%
Champagne-Ardenne	95,9	81,6	-14,9%
Corse	99,5	94,2	-5,3%
Franche-Comté	97,8	92	-5,9%
Haute-Normandie	91,8	80,8	-12,0%
Ile-de-France	88,7	73	-17,7%
Languedoc-Roussillon	118,6	107,7	-9,2%
Limousin	117,5	102,4	-12,9%
Lorraine	96,8	85	-12,2%
Midi-Pyrénées	109,7	96,6	-11,9%
Nord-Pas-de-Calais	104,3	90,2	-13,5%
Pays-de-la-loire	89,7	83,7	-6,7%
Picardie	88,8	75,8	-14,6%
Poitou-Charentes	103,8	89,2	-14,1%
PACA	126,6	106,9	-15,6%
Rhône-Alpes	95,2	88,8	-6,7%

Une seconde étude sur la projection démographique médicale menée par la DREES [2] démontre qu'en 2025 sera observée une diminution progressive du nombre de médecins généralistes, si toutefois les comportements liés aux choix d'installation, au redoublement scolaire ou à l'âge de départ en retraite par exemple restaient inchangés. Les raisons de cette diminution seraient liées à trois facteurs différents : la féminisation de la profession, le départ à la retraite de la génération « baby-boom » et le changement du mode d'exercice en fonction des décisions politiques.

B. Une féminisation de la profession

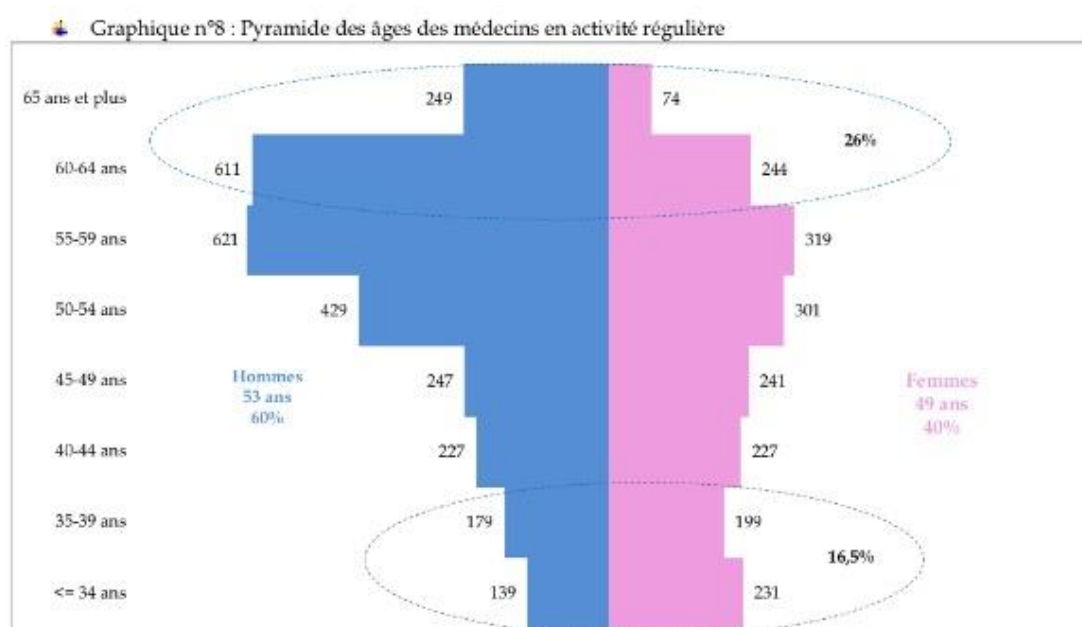
Comme de nombreux univers professionnels, la médecine est touchée par un processus de féminisation. C'est ainsi qu'en 2015, les femmes représentaient 36 % des médecins généralistes alors qu'elles n'étaient que 29 % en 2007. [1] De plus, selon les projections de la DREES, les femmes seront plus nombreuses que les hommes dans le domaine de la médecine d'ici 2020.



C. Vieillessement du corps médical

En Picardie, l'âge moyen des médecins en activité est de 52 ans et dans l'Oise, il est de 53 ans. L'effectif des médecins âgés de plus de cinquante ans atteint les 26%, un chiffre supérieur au pourcentage de médecins de moins de quarante ans. Ces chiffres démontrent donc que le nombre de médecins en âge de prendre la retraite sera plus important dans 10 ans. [3]

Cela résulte du départ en retraite de la génération du « baby-boom » et du retard à la formation induit par le *numerus clausus*, à savoir la limitation du nombre de personnes autorisées à se présenter au concours de médecine.



Source : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf

D. Les futurs médecins

La société actuelle prend en compte deux éléments différents, qui sont le besoin de loisirs et la possibilité de travailler 35 heures par semaine, entraînant de facto la volonté de trouver un bon compromis entre vie professionnelle et vie privée. Il apparaît que cette façon d'envisager le métier concerne principalement les jeunes médecins qui accèdent à la profession. Au vu de la situation de la profession aujourd'hui, cela explique le désir moins important de la part des jeunes de s'installer.

Un texte de loi prévoit de réorganiser le système de soins en France. Cependant, ce projet de loi de modernisation de notre système de santé est très contesté par le corps médical puisqu'il risque de changer considérablement la manière d'envisager la médecine de ville. Cela entraîne alors pour les jeunes médecins des difficultés qui demeurent inconnues à ce jour et qui viennent s'ajouter aux multiples inconvénients rencontrés par un médecin généraliste, tels que le poids de l'administratif, des revenus insuffisants, les responsabilités croissantes par exemple. Ces multiples raisons risquent alors de créer une désaffection pour une profession qui souffre déjà. [4]

II. La médecine en milieu rural : un état des lieux.

A. Contexte rural

La médecine rurale se définit par l'exercice libéral au sein d'une ville de moins de 2000 habitants

Le médecin rural passe beaucoup de temps à faire les visites à domicile car les moyens de transport sont peu nombreux voire inexistant dans les villes de faible densité.

Le médecin rural est le premier acteur de santé car les hôpitaux sont loin, il ne peut pas avoir recours facilement à un spécialiste, lui aussi éloigné.

Le fait de la faible densité de médecin en milieu rural n'entraîne pas de concurrence entre médecins et la salle d'attente d'un médecin de campagne est toujours pleine.

Le coût de la vie en milieu rural est moins élevé ce qui permet d'acquérir un logement avec de beaux volumes et de bénéficier d'un jardin. Il n'est pas rare de voir que le logement et le cabinet médical soient à la même adresse.

Le médecin rural doit être : disponible, polyvalent, humaniste. [5]

B. Dans l'Oise

La région Hauts de France est depuis mars 2016 la réunion de deux régions : la Picardie et le Nord-Pas de Calais. Il est à noter que toutes les études et recherches pour nos travaux ont été faites avant cette réunion. De ce fait, sera envisagé à travers ce travail l'ancienne région telle qu'elle est définie par le nom « Picardie », à savoir le regroupement des trois départements l'Aisne, la Somme et l'Oise.

La Picardie est la région de France ayant la plus faible densité de médecins généralistes libéraux. En effet, selon une étude menée par l'ARS en 2011, 1440 médecins généralistes exercent dans la région, soit une densité standardisée de 77 pour 100 000 habitants (85 pour 100 000 habitants sur le plan national). De même, dans l'Oise, ce taux rejoint celui de la Picardie puisque la densité est de 73 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants.

Les projections de santé pour 2020 viennent davantage assombrir ce tableau du fait des nombreux départs à la retraite et de la croissance démographique. [3]

III. La qualité de vie

La qualité de vie est une notion récente puisqu'elle est née seulement au vingtième siècle. Ce concept a été défini pour la première fois par le Président américain Lyndon B. Johnson. Au cours d'un discours, il a souligné le fait qu'une vie satisfaisante ne se résumait pas à une abondance matérielle. Plusieurs chercheurs et philosophes se sont attelés à trouver une définition à cette notion complexe qui englobe plusieurs dimensions.

Initialement, les études sur la qualité de vie étaient réalisées dans le cadre d'études épidémiologiques chez les malades dans le but d'évaluer les stratégies thérapeutiques et d'aider à l'organisation des soins. Ces études étaient alors d'une grande aide pour les décideurs (ici les prescripteurs) dans la recherche clinique. Par la suite, la notion de qualité de vie a été envisagée chez des personnes saines. Cela met en lumière le fait qu'elle n'était pas envisagée sous le même angle et qu'elle représente désormais une notion primordiale dans le développement du bien-être de l'individu.

La définition que nous retenons au cours de ce travail est celle donnée par l'OMS en 1994 : la qualité de vie est définie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, et ses inquiétudes.

La qualité de vie subjective (que nous évaluons dans notre étude) dépend des normes propres à l'individu puisqu'elle correspond à la satisfaction du sujet par rapport à ses conditions de vie ou à sa vie dans son ensemble. Elle est multidimensionnelle et, selon Nordenfelt [6], différents critères doivent être pris en compte pour son évaluation :

- L'ensemble des perceptions, des sensations, des émotions et des idées d'une personne
- L'ensemble de ses actions et de ses activités
- L'ensemble de ses réussites
- L'ensemble des événements et des actions qui l'affectent.

Dans notre travail, on transpose ces mesures de qualité de vie à une population : les médecins généralistes libéraux qui souffrent des différentes réformes concernant la formation des futurs médecins, de l'organisation du système de santé, des préoccupations d'ordre démographique. L'étude de la qualité de vie devient ainsi un indicateur performant, permettant une représentation quantitative du réel. Elle peut renseigner sur l'état de santé morale des médecins et pourrait aiguiller les politiciens s'attaquant à des projets de réformes du système de santé.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. La population

Le nombre de médecins en activité a été obtenu sur le site internet *www.pagesjaunes.fr*, dans la rubrique « médecins généralistes ». 88 médecins généralistes sont en activité et exercent une activité libérale exclusive. Il n'existe pas d'autre critère d'exclusion.

II. Le milieu rural

Ce milieu peut être défini par la négation : ce qui n'est pas urbain. Les communes rurales ont été listées selon la définition de l'INSEE (nombre d'habitants inférieur à 2000). L'annuaire des villes de l'Oise nous a permis de retrouver les communes correspondantes.

III. Déroulement de l'enquête

Il s'agit d'une étude transversale analytique et descriptive. Cette enquête a été menée du 25 avril 2016 au 30 juin 2016. Dans un premier temps, un contact téléphonique a été établi avec l'ensemble de la population cible, afin d'exposer l'objectif de l'étude. Les médecins contactés ont ensuite choisi de répondre par mail, courrier ou téléphone.

La durée prévue du questionnaire était estimée à 5 minutes.

IV. Le questionnaire

Les échelles de qualité de vie permettent la mesure du retentissement des satisfactions ou insatisfactions éprouvées par une personne à propos de sa vie actuelle.

Les échelles de qualité de vie ont été conçues pour évaluer la qualité de vie des personnes malades ; nous avons choisi de les appliquer aux médecins, en utilisant une échelle simplifiée. L'élaboration de ce questionnaire a pris en compte des travaux déjà réalisés dans ce domaine et de la littérature spécifique à la profession de médecin généraliste. Les éléments qui conditionnent la qualité de vie de la population générale ont été listés en utilisant les études réalisées par la SOFRES dans les villes moyennes : la situation familiale et le temps passé avec ses proches, le temps de vacances et le temps de repos, le temps de loisirs et d'activité, le temps de travail, l'épanouissement personnel et enfin, les conditions de vie au quotidien. Dans un second temps, ont été listés les éléments propres à l'exercice de la médecine générale : le temps de permanence de soins et de gardes, la présence d'un secrétariat, le fait de travailler

seul ou au sein d'un cabinet de groupe, la reconnaissance des patients et enfin, l'épuisement professionnel.

La première partie du questionnaire s'intéresse au profil social : l'âge, la situation familiale, et le nombre d'enfants.

La deuxième partie s'intéresse au profil de l'activité professionnelle des médecins au quotidien : le temps de travail, le repos, le nombre de consultations et de visites journalières et les gardes.

La troisième partie évalue les difficultés rencontrées sur le plan professionnel et familial qui nuisent à la qualité de vie.

Enfin, la dernière partie propose de questions ouvertes afin d'identifier les problèmes rencontrés.

Notre questionnaire regroupe un aspect qualitatif avec des réponses ouvertes et un aspect quantitatif de la qualité de vie des médecins qui est évalué par une échelle à quatre niveaux :

- La satisfaction de la qualité de vie familiale
- La satisfaction des conditions de travail
- L'évaluation de la qualité de vie personnelle
- L'évaluation de la qualité de vie professionnelle.

Ces deux aspects nous permettent de mieux cerner l'impact de la profession sur la vie privée.

V. Recueil des données

Les réponses de chaque médecin ont été transcrites sur un tableau Excel

RESULTATS

Nous avons obtenu la réponse de 33 médecins (9 femmes et 24 hommes), soit un taux de réponses de 39,3% : 2 ont répondu par courrier, 2 par mail, 28 par téléphone, et 1 médecin a été rencontré directement au cabinet. Les entretiens ont duré entre 6 et 60 min.

I. Situation familiale

A. Age moyen

	Entre 30 et 39 ans	Entre 40 et 45 ans	Entre 46 et 50 ans	Entre 51 et 55 ans	Entre 56 et 60 ans	Plus de 60 ans
Participants	3	1	1	5	4	19
%	9,1%	3%	3%	15,2%	12,1%	57,6%

L'âge moyen des participants est de 58,2 ans.

B. Situation familiale

Célibataire	Marié	Divorcé
5	23	5
15,2%	69,6%	15,2%

C. Enfants

Ayant des enfants	Aucun enfant
32	1
97%	3%

D. Tranche d'âge des enfants

Entre 0 et 8 ans	Entre 8 et 18 ans	Plus de 18 ans
3	1	29
9,1%	3%	87,9%

E. Nombre d'enfants par médecin

0	1 enfant	2 enfants	3 enfants	4 enfants	8 enfants
1	1	14	10	6	1
3%	3%	42,4%	30,3%	18,1%	3%

F. Satisfaction de la vie familiale

Très satisfaisante	Satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Pas du tout
10	14	9	0
30,3%	42,4%	27,3%	0%

II. Situation professionnelle

A. Nombre d'années d'installation

de 0 à 10 ans	de 11 à 20 ans	de 21 à 30 ans	plus de 30 ans
3	6	12	12
9,1%	18,1%	36,4%	36,4%

B. Motivation à l'installation

	Nombre de fois	
Cadre	14	42,4%
Remplacement d'un confrère	10	30,3%
Lieu d'origine	8	24,2%
Opportunité	5	15,2%
Conjoint natif du lieu ou des environs	4	12,1%
Envie d'exercer en milieu rural	4	12,1%
Diversité de l'exercice	3	9,1%
Circulation et temps de trajet	3	9,1%
Reprise du cabinet familiale	1	3%

C. Mode d'exercice

seul	cabinet de groupe
20	13
60,6%	39,4%

D. Secrétariat

Absence de secrétariat	Présence d'une secrétaire	Secrétariat téléphonique
9	12	12
27,3%	36,4%	36,4%

E. Temps de travail hebdomadaire

	Moyenne d'heures /semaine
Les médecins de plus de 50 ans	51,3
Les médecins de moins de 50 ans	50
Les femmes médecins	50,6
Les hommes médecins	51,1

F. Nombre de semaine de vacances annuelles

	Moyenne de semaines par an
Les médecins de plus de 50 ans	5.3
Les médecins de moins de 50 ans	7.2
Les femmes médecins	5
Les hommes médecins	5.6

G. Participation à la permanence de soins

Oui	Non
15	18
45,5%	54,5%

H. Nombre de consultations

La moyenne des consultations par jour est de 30 pour les médecins masculins et de 30,6 pour les femmes. Il n'a pas été noté de différence selon l'âge des médecins, la moyenne des consultations est de 30 par jour.

I. Nombre de visites

	Moyenne de visites par jour
Les médecins plus de 50 ans	5,1
Les médecins moins de 50 ans	3,4
Les femmes médecins	4
Les hommes médecins	4,7

J. Nombre de gardes

Quatorze des personnes interrogées font des gardes avec une moyenne de deux gardes par an.

K. Nombre de demi-journées de repos par semaine

Nombre de demi-journées	Personnes concernées	%
1	5	15,2%
2	9	27,3%
3	18	54,5%
5	1	3%

L. Nombre de patients selon la CPAM

	Nombre moyen de patient
Les médecins de plus de 50 ans	1788 patients
Les médecins de moins de 50 ans	1400 patients
Les femmes médecins	1611 patients
Les hommes médecins	1729 patients

M. Satisfaction quant aux conditions de travail

Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Pas vraiment satisfaisante	Pas du tout
0	24	9	0
0%	72,7%	27,3%	0%

III. Evaluation de la qualité de vie

A. Avantages à exercer en milieu rural

Raisons invoquées	Nombre de fois cités	%
Relation médecin - malade	12	36,4%
Habitat / stationnement	8	24,2%
Cadre reposant	16	48,5%

B. Estimez-vous exercer en zone sous médicalisée ?

Oui	Non
30	3
90,9%	9,1%

C. Difficultés rencontrées sur le plan professionnel

Difficultés	Nombre de fois citées	%
Tâches administratives	14	42,4%
Trouver un remplaçant	17	51,5%
Surcharge de travail	7	21,2%
Fatigue	4	12,1%
Nombre de demandes de visites	3	9,1%
Charges importantes	1	3%
Difficultés financières	2	6,1%

D. Difficultés rencontrées sur le plan familial

Difficultés	Nombre de fois citées	%
Temps consacré à son conjoint	12	36,4%
Aucun problème en particulier	13	39,4%
Temps consacré à la famille	4	12,1%
Temps consacré pour soi	9	27,3%
Problème de garde	2	6,1%

E. Sentiment d'avoir renoncé à quelque chose en exerçant en milieu rural

Oui	Non
4	29
12,1%	87,9%

F. Evaluation de la qualité de vie personnelle

Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Pas vraiment satisfaisante	Pas du tout satisfaisante
5	24	4	0
15,2%	72,7%	12,1%	0%

G. Evaluation de la qualité de vie professionnelle

Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Pas vraiment satisfaisante	Pas du tout satisfaisante
4	25	4	0
12,1%	75,8%	12,1%	0%

H. Propositions visant à des améliorations

Suggestions	Nombre de fois citées	%
Réduire les tâches administratives	16	48,5%
Augmenter le prix des consultations	6	18,1%
Augmenter le nombre de médecins	6	18,1%
Trouver un reprenneur	10	30,3%
Trouver un remplaçant	14	42,4%
Diminuer les responsabilités des médecins généralistes	6	18,1%

DISCUSSION

I. Profil social et familial

A. Age

L'âge moyen des médecins est de 58,2 ans, ce qui est supérieur à l'âge moyen des médecins généralistes en France (48 ans). Il est d'ailleurs à noter que 57,6% des participants ont plus de 60 ans.

Cela montre bien le vieillissement de la génération du baby-boom dans l'Oise. Le nombre de médecins allant à la retraite sera supérieur à celui des médecins en âge de s'installer. Le nombre de médecins en activité ne sera pas en mesure de pallier les départs à la retraite dans la dizaine d'années à venir, ce qui accentuera le déficit de médecins.

B. Sexe

Parmi les participants à cette enquête, sont recensées 27,3% de femmes et 72,7% d'hommes. Ces chiffres sont en concordance avec les études sur la population des médecins en milieu rural en France. Il serait intéressant d'étudier le lien entre la lourdeur de la tâche en milieu rural et le faible taux de femmes y exerçant. La manière d'exercer des femmes médecins, en comparaison avec leurs confrères masculins, tend à être différente puisqu'elles doivent concilier vie familiale et vie professionnelle tout en trouvant un équilibre. Or, ce facteur a différentes conséquences sur l'organisation du système de santé en médecine générale puisque les femmes travaillent moins d'heures par semaine et partent à la retraite plus tôt. De plus, le temps dédié à leurs études peut être plus long car elles prennent très souvent la décision d'avoir un enfant. Enfin, dans leur manière d'exercer, il apparaît que les femmes préfèrent exercer en cabinet de groupe et ont un temps de consultation plus long. [7]

C. Statut familial

La population interrogée ne semble pas particulièrement touchée par le divorce. Selon une étude de l'INSEE, le taux de divorce est moins important en milieu rural qu'en milieu urbain [8]. Le divorce peut d'ailleurs s'analyser comme un indicateur de mal vivre.

D. Enfants

La moyenne d'enfants par personne est de 2.6, chiffre qui est supérieur à la moyenne nationale (1.9 enfants par personne en 2006). Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins masculins, en domination numérique, sont mariés à des femmes qui restent sans emploi et qui ont un taux de natalité plus élevé que les femmes d'un point de vue général [9]. Par ailleurs, les différentes études tendent à démontrer que la fécondité est plus importante en milieu rural du fait principalement d'une structure familiale plus stable.

E. Satisfaction vie familiale

La très grande majorité des médecins sont satisfaits de leur vie familiale. Sur notre échelle à quatre niveaux : 30,3% sont au premier niveau de satisfaction, 42,4% au deuxième niveau, 27,3% au troisième niveau et aucun au dernier. Comme le démontre notre enquête, une conséquence est l'absence de difficultés liées au mode de garde ou à des problèmes d'éducation car ils ne souhaitent pas revenir sur les difficultés passées. Dans le panel interrogé, seule une femme âgée de 64 ans et divorcée nous a fait part des difficultés rencontrées lors de l'éducation de ses deux enfants. Les 87,9% des médecins interrogés n'ont plus de problèmes liés à l'éducation de leurs enfants car ils sont adultes. La haute satisfaction de leur vie familiale réside dans la réussite professionnelle de leurs enfants comme beaucoup nous l'ont cité. Ils ont su, au fil des années d'exercice, trouver un bon équilibre entre leur travail et leur vie familiale. La stabilité du foyer apparaît ainsi comme jouant un rôle prépondérant dans le bon déroulement de la vie professionnelle.

II. Profil professionnel

A. Nombre d'années d'exercice

Dans notre panel 72.7% sont installés depuis plus de 20 ans et seuls 3 d'entre eux ont moins de 10 ans d'installation.

Dans l'Oise, selon le CDOM, trente médecins se sont installés au cours des cinq dernières années, Malgré les mesures incitatives mises en place en Picardie.

Or, il est entendu que la stabilité géographique d'un médecin signe sa qualité de vie professionnelle.

B. Motivation à l'installation

Les trois principaux motifs cités pour l'installation en milieu rural sont : le cadre d'exercice (42,4%), remplacer un médecin présent avant eux (30%) et avoir grandi dans cet endroit ou ses environs (24,2%). Le cadre est l'un des critères qui ressort le plus souvent dans les différentes études sur les motifs d'installation des jeunes médecins. [10].

C. Mode d'exercice

Dans le panel de médecins interrogés, 60,6% d'entre eux exercent seuls. Or, les études montrent que les jeunes veulent s'installer en groupe car cela réduit la charge de travail et le temps de travail, diminue les charges administratives et locatives, et permet d'éviter la crainte de l'isolement professionnel. Ainsi, l'exercice seul peut être un frein à trouver un remplaçant ou un repreneur. Ces difficultés représentent les principaux critères qui ne donnent pas envie aux jeunes de s'installer [11].

D. Secrétariat

Il ressort de cette enquête que 72,7% des médecins possèdent un secrétariat, ce qui représente une décharge indéniable de travail, notamment grâce à la gestion du planning des consultations et le filtre des appels téléphoniques. Il est à noter que la majorité des médecins les moins satisfaits de leur qualité de vie professionnelle n'ont pas de secrétariat. Inversement, ceux qui ont un secrétariat sur place, jugent meilleure leur qualité de vie professionnelle.

E. Temps de travail hebdomadaire

Selon la DRESS, le temps de travail hebdomadaire d'un médecin généraliste en milieu rural est de 53heures en moyenne, notre panel a une moyenne inférieure (50,7 h en moyenne) [12]. De même, le temps moyen de travail au sein de notre échantillon est de 2313 heures par an alors qu'il s'élève à 2500 heures au niveau national.

Une des raisons pouvant justifier ce temps de travail inférieur au sein du panel de notre enquête peut être l'âge plus avancé des médecins. Il est à rappeler que 57,6% des personnes interrogées ont plus de 60 ans. Or les médecins tendent à réduire leur temps de travail en fin d'exercice. En revanche si l'on compare ces chiffres avec une autre catégorie socio professionnelle tels que les cadres, les médecins en milieu rural dans l'Oise travaillent plus (2313 versus 2130 heures en moyenne par an). De même, les femmes interrogées durant notre enquête, comme celles d'autres études, travaillent moins que les hommes [13].

F. Temps de vacances annuelles.

La moyenne est de 5,6 semaines de congés annuels, ce qui équivaut à la moyenne nationale. Cependant, cette moyenne tend à augmenter pour les médecins généralistes de moins de 50 ans puisqu'ils prennent 7,2 semaines par an.

G. Nombre de consultations et de visites par jour.

La moyenne du nombre de consultations par jour ne diffère pas de la moyenne nationale, quel que soit l'âge ou le sexe. Les médecins de plus de 50 ans font plus de visites 5,7 par jour en moyenne (versus 3,4 pour les médecins de moins de 50 ans). Il apparaît que les médecins installés depuis plusieurs années ont gardé l'habitude de faire de nombreuses visites alors que les médecins plus jeunes tendent à faire moins de visites. Lors des entretiens, les médecins de plus de 50 ans ont tout de même précisé avoir réduit le nombre de visites par jour pour se préserver de la fatigue.

H. Permanences de soins et gardes.

Dans certaines communes telles que Creil, le service de nuit est assuré par « SOS Médecins ». La plupart des médecins de notre étude ne participent pas aux gardes ou à la permanence de soins car ils sont exemptés du fait de leur âge ou de problèmes de santé.

I. Nombre de demi-journées de repos.

Les médecins consultent du lundi au samedi matin et travaillent en majorité neuf demi-journées par semaine auxquelles s'ajoutent les astreintes et les gardes.

J. Nombre de patients selon la CPAM.

La moyenne nationale est de 1322 patients par médecin généraliste, une moyenne identique pour le département de l'Oise. Cependant, en milieu rural dans ce même département, la patientèle est plus importante puisqu'elle est de 1637 patients par professionnel. Il est à noter que ces chiffres ne prennent pas en compte les enfants, les personnes ayant un autre régime et les personnes n'ayant pas déclaré de médecin traitant. Cela est représentatif de la charge de travail en milieu rural dans l'Oise pour les médecins généralistes, qui, même s'ils sont très occupés, sont plutôt satisfaits à 75,8 % de leurs conditions de travail (deuxième niveau de satisfaction sur notre échelle).

III. Points positifs et négatifs.

A. Avantages à exercer en milieu rural.

Au cours de cette enquête, de nombreux médecins ont évoqué la relation privilégiée qu'ils entretiennent avec leurs patients. Le terme « médecin de famille » prend alors tout son sens en milieu rural du fait de cette relation. A cet aspect s'ajoute aussi un autre avantage qui est le cadre de travail et même de vie pour certains.

B. Difficultés rencontrées.

Un des inconvénients majeurs mentionné dans les différentes études est le temps de gestion des tâches administratives puisque ces dernières sont complexes et chronophages. En effet, selon les enquêtes, de 4.5 à 6.5 heures sont consacrées chaque semaine aux tâches administratives. Celles-ci comprennent différentes activités : certaines liées à l'exercice libéral (comptabilité, gestion du secrétariat, commandes diverses), certaines liées à la gestion des dossiers médicaux (résultats des examens, courriers des confrères, la mise à jour des dossiers patients) et d'autres purement administratives et qualifiées de « paperasse » (liens avec la sécurité sociale, les dossiers administratifs des patients, les formules MDPH, questionnaire pour les assurances, les courriers aux confrères devenus obligatoires) [14].

Les médecins interrogés ont indiqué voir cette charge augmenter au fil de leur années d'installation et devenir de plus en plus conséquentes. D'ailleurs, une étude de la DRESS réalisée en 2007, démontrait que près de neuf généralistes interrogés sur dix estimaient que leur charge administrative avait augmenté suite à la mise en place de la réforme relative au médecin traitant. [14] Cela tend à inquiéter les professionnels qui craignent que la loi de modernisation de notre système de santé envisagée vienne augmenter ces charges administratives. Cependant, il est à noter que cette surcharge de travail est aussi liée au nombre de médecins qui diminue au fil des années.

A cela s'ajoute le fait que de nombreux médecins exercent seuls en milieu rural puisque c'est un frein à trouver un remplaçant. Le remplaçant représente un avantage pour les médecins installés puisqu'ils peuvent plus facilement prendre des vacances en s'assurant que la permanence des soins est assurée tout en se sentant moins débordés et fatigués. Cependant, d'un point de vue global, les médecins sont plutôt satisfaits de leur qualité de vie personnelle et professionnelle et n'ont pas le sentiment d'avoir renoncé à quelque chose en s'installant en milieu rural. Ils ont su trouver un bon équilibre entre les deux pour faire face aux nombreuses heures de travail, aux exigences des patients et à celles de la sécurité sociale.

IV. Limites de l'étude.

L'objectif de notre étude était de montrer l'existence d'un impact du travail sur la qualité de vie d'un médecin en milieu rural dans l'Oise.

Le taux de réponse espéré étant de 50%, un questionnaire moins long que ceux utilisés lors des précédentes études a été choisi, même si les éléments nécessaires à ce type de questionnaires ont été respectés : méthode avec une échelle de qualité de vie (une échelle verbale à plusieurs niveaux) et questionnaire reproductible. C'est ainsi que nous nous sommes limités à des questions pertinentes et avons supprimé toute question pouvant offusquer les médecins : les raisons de divorce, la part de temps passé en famille et pouvant renvoyer à un échec, les rémunérations exactes, les détails quant aux problèmes de santé (mentale ou physique). De plus, même s'il n'est pas validé, nous avons volontairement créé notre questionnaire d'évaluation afin de nous adapter à la population étudiée et à notre objectif de recherche.

Il est à mentionner que le taux de réponse a été de 39,3%, au-dessous du taux espéré mais supérieur tout de même au taux de réponse des médecins généralistes (30%) qui participent peu aux études selon l'INSEE.

Les différents biais retrouvés au sein de l'étude sont les suivants :

- les biais de mémoire lors des réponses sur les notions quantitatives (par exemple, les médecins n'avaient aucune envie de rechercher les courriers provenant de la CPAM indiquant le nombre exact de leur patientèle et n'ont donné qu'une valeur approximative)
- les biais de réponse : beaucoup de confrères ont été concis car, malgré l'anonymat garanti, certains se sentaient gênés de parler de leurs problèmes personnels.

V. Dans la littérature.

Le travail bibliographique nous a permis de retrouver quelques thèses sur le sujet.

La thèse d'E. Dellatre s'interrogeait sur la compatibilité de l'exercice de la médecine rurale en Picardie avec l'épanouissement des médecins. L'étude qualitative qu'elle a réalisée par entretiens semi dirigés abouti à une saturation des données au bout de 16 participants, ce qui est faible pour extrapoler les résultats obtenus à toute la Picardie. Son travail démontre que, malgré de nombreuses difficultés relevées et un épuisement professionnel, les médecins se sentent épanouis dans l'ensemble. [15]

Guillaume Hiltbrand réalise une étude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins en Rhône Alpes selon leur lieu d'exercice. Il a utilisé une échelle visuelle analogique pour son évaluation. Il montre que la qualité de vie personnelle est meilleure que la qualité de vie professionnelle et qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux milieux. [16]

Dans sa thèse Marc Thiebaut réalise une étude sur l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins généralistes en milieu rural et urbain. Il a montré que plus la charge de travail est importante moins bonne est la qualité de vie et qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux milieux. Cependant son travail analyse de façon globale la qualité de vie sans faire de différence entre privé et professionnel. [17]

Quant à A. Kuukka son travail propose une analyse de la qualité de vie des médecins généralistes de campagne dans le département de Dordogne. Dans son étude, la ruralité est définie par une ville de 10 000 habitants, qui est une définition choisie arbitrairement et qui ne correspond à aucune définition validée. [18]

Malgré les limites dans les études conduites ou les différentes méthodes utilisées, ces thèses de médecine générale mettent en lumière des résultats superposables aux nôtres et aboutissant à la conclusion commune selon laquelle la charge de travail réduit la qualité de vie.

VI. Quel avenir pour la médecine rurale ?

Dans toutes les études passées en revue, l'une des principales difficultés rencontrée est la lourdeur des charges administratives. Au fur et à mesure des réformes, les charges administratives s'alourdissent d'année en année. Les médecins interrogés nous ont fait part de « cette pression » qu'exerce la sécurité sociale, ils emploient même le terme d'harcèlement de la part de celle-ci. L'instauration de la nouvelle loi de santé inquiète les professionnels sur l'augmentation de ce poids administratif.

Au sein de la Picardie, l'ARS a montré sa volonté de pallier au déficit des médecins dans la région avec différentes mesures :

- La création des maisons de santé pluridisciplinaires afin de limiter l'isolement des médecins
- Les mesures incitatives à l'installation avec des aides financières : le contrat d'engagement de service public qui existe depuis juillet 2009 pour aides à financer les

études, prêt à taux zéro pour les médecins qui souhaitent s'installer en milieux rural en Picardie. [19]

Malgré tout cela, ça ne contribue pas encore à l'augmentation de la densité médicale, mais la région montre sa volonté pour lutter contre le manque de médecins.

La faculté de médecine d'Amiens et l'ARS devraient faire des campagnes de sensibilisation afin de recruter des maitres de stages pour permettre aux étudiants en médecine de connaître la médecine générale lors de leurs études. Car malgré le décret de mars 1997 qui rend le stage chez les médecins généralistes obligatoire, seulement la moitié des étudiants y ont accès selon une étude de 2010 car le nombre de maîtres de stage représente 8,6% des médecins généralistes picards, pour permettre aux futurs médecins de se familiariser à l'exercice en cabinet et leur donner un aperçu de la médecine rurale. [15]

Depuis quelques années on a une inversion de la tendance, la période d'exode rural (1990-1999) prend fin, on observe actuellement une augmentation démographique de la population. Surtout dans l'Oise dû à sa proximité avec Ile De France [20]. Mais le monde rural présente encore aujourd'hui les marques de cet exode avec une désertification sur un plan administratif, et sur le plan des infrastructures (fermeture des commerces, crèches, écoles). Ces infrastructures sont à rétablir car leur absence n'est pas propice à attirer des jeunes médecins et surtout les femmes médecins.

CONCLUSION

Ce travail élaboré sur un thème précis dans une zone circonscrite a permis de démontrer le paradoxe qui peut exister concernant les médecins généralistes puisque, malgré les inconvénients mentionnés précédemment (le volume de travail important, les charges administratives élevées, faible densité médicale, les difficultés à trouver un remplaçant), les médecins exerçant en milieu rural dans l'Oise attribuent des qualificatifs positifs quant à leur vie personnelle et professionnelle. C'est notamment grâce à une stabilité familiale qu'ils ont su trouver un bon équilibre. En revanche, notre travail n'a pas permis de retrouver les difficultés au sein de la vie familiale des médecins.

Les nouvelles générations de médecins et la féminisation de la profession sont à l'origine d'un changement des mentalités où concilier la vie familiale avec sa profession est devenu primordial.

Cette étude montre que des mesures ont été mises en place pour lutter contre l'isolement médical telles que la création des maisons de santé pluridisciplinaires ainsi que des incitations financières pour aider à l'installation.

Le monde médical libéral souffre depuis les dernières réformes de santé. La venue d'un nouveau projet de loi de modernisation du système de santé entraîne un mécontentement des médecins généralistes. On se demande si cette réforme exprime une véritable volonté politique à soutenir une profession d'intérêt public.

Les jeunes médecins ont la possibilité par leur voix d'établir la médecine de demain, sont-ils conscients de leur pouvoir ?

BIBLIOGRAPHIE

1. BOUET P.
Atlas de la démographie médicale en France situation au 1^{ER} janvier 2015
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
2. BESSIÈRE S., BREUILGENIER P., DARRINÉ S.
La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, n°352, Novembre 2004
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er352.pdf>
3. LE BRETON-LEROUVILLOIS G.
La démographie médicale En Région Picardie Situation en 2015
https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_picardie_2015.pdf
4. VINCENDON A.
Une désaffection de l'exercice libéral pour une meilleure qualité de vie ?
thèse de 2016, Lyon
5. D'AMICO R.
Le métier de médecin rural en France
Thèse de 2005, Nancy
6. LEPLEGE A.
Les mesures de la qualité de vie. ed. Puf, oct 1999.
7. PRIGENT A.
Les femmes meilleurs médecins que les hommes - le 30/10/2013
<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/10/30/21458-femmes-meilleures-medecins-que-hommes>
8. BELLAMY V., BEAUMEL C
INSEE : la nuptialité la plus basse, enquête et étude démographique 2003
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if18
9. BREUILGENIER P., SICART D.
La situation professionnelle des conjoints de médecins, DREES N°430 sept 2005
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er430.pdf>
10. Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)
Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins.

http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf

11. Veauvy C.
L'installation des jeunes médecins en zone rural
Thèse de 2014, Tours
12. PILIU F.
Quel est l'emploi du temps d'un médecin ? 12/02/2016,
<http://www.latribune.fr/economie/france/quel-est-l-emploi-du-temps-d-un-medecin-550486.html>
13. DUPUIS C.
Une étude plonge dans l'emploi du temps des médecins libéraux. Mars 2012
<http://www.fmcadinan.org/article-une-etude-plonge-dans-l-emploi-du-temps-des-generalistes-liberaux-101539948.html>
14. NIEL X., VILAIN A.
Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques, n°144 mai 2001
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er114.pdf>
15. DELLATRE E.
L'exercice de la médecine générale rurale picarde est-il compatible avec l'épanouissement du médecin ?
Thèse de 2013, Amiens
16. HILBRAND G.
Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice
Thèse de 2008, Lyon
17. THIEBAUT M.
Médecine général et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la Qualité de vie des médecins généralistes exerçant en milieu rural ou urbain.
Thèse de 2003, Nancy
18. KUUKKA A.
Qualité de vie d'un médecin généraliste installé à la campagne.
Thèse de 2006, Bordeaux
19. ARS de Picardie
Lutte contre la démedicalisation.
http://www.ars.picardie.sante.fr/uploads/media/TIMELINE_A3.pdf
20. PRUD'HOMME N.
Les migrations résidentielles en Picardie du Sud. N° 123 – 2003
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/ipa/ipa123/ipa123.pdf

ANNEXE

Questionnaire

1. Quelle est votre année de naissance ?

2. Quelle est votre situation familiale ?

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié
- ☐ En couple
- ☐ Divorcé
- ☐ Veuf

3. Avez-vous des enfants ?

4. Si oui combien ?

5. La tranche d'âge :

- ☐ Entre 0 et 8 ans
- ☐ Entre 8 et 16 ans
- ☐ > 16 ans

6. comment estimez-vous votre vie familiale

- ☐ Très satisfaisante
- ☐ Plutôt satisfaisante
- ☐ Pas vraiment satisfaisante
- ☐ Pas du tout satisfaisante

7. Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

8. Exercez-vous seul ou en groupe ?

9. quelles ont été vos motivations dans votre choix pour vous installer en milieu rural ?

10. Participez-vous à la permanence des soins ?

11. A combien d'heures estimez-vous votre temps de travail par semaine ?

12. Combien de consultations effectuez-vous par semaine ? combien de visites à domicile ?

13. Faites-vous des gardes ?

14. Avez-vous des demi-journées de repos dans la semaine ? si oui combien ?

15. Combien de semaines de vacances prenez-vous dans l'année ?

16. Nombre de patients dont vous êtes le médecin ? pour la CPAM ? au total selon vous ?

17. Avez-vous un secrétariat ?

18. Estimez-vous exercer dans une zone sous médicalisée ?

19. Les difficultés rencontrées sur le plan professionnel :

Lors des gardes :

- Le nombre
- Surcharge de travail
- Insécurité
- Autres :

Lors des visites :

- Nombre de kilomètres parcourus
- Nombre important de demandes
- Autres :

Au cabinet :

- Surcharge de travail
- A trouver un remplaçant
- Fatigue
- Difficultés financières
- A participer à des FMC
- Face aux tâches administratives
- A gérer des situations d'urgence
- Rapport avec ma patientèle
- Autres :

20. comment évaluez-vous votre condition de travail :

- Très satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Pas vraiment satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

21. Les difficultés rencontrées sur le plan personnel

Sur le plan familial :

- Interférences avec la vie du couple ou de la famille (le temps de travail, appel des patients au domicile ...)
- Problèmes liés à la maternité (grossesse, congés, allaitement ...)
- Problèmes de garde d'enfant

- Education des enfants
- Temps passé avec son conjoint, enfants
- Difficultés pour le conjoint pour trouver du travail à proximité
- Autres :

Sur le plan personnel :

- Votre temps libre
- A avoir une activité (sportive, de loisir, artistique)
- Epuisement professionnel
- Dégradation de ma santé mentale
- Dégradation de ma santé physique
- Autres :

22. Avez-vous le sentiment de renoncer à quelque chose en exerçant en milieu rural ?

Sur le plan professionnel ? si oui à quoi ?

Sur le plan familial ? si oui à quoi ?

23. Ces difficultés sont-elles contrebalancées par des avantages ? Lesquels ?

24. selon vous votre qualité de vie professionnelle est

- Très satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Pas vraiment satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

Selon vous votre qualité de vie personnelle est :

- Très satisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Pas vraiment satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

25. Que souhaitez-vous pour améliorer votre qualité de vie sur le plan personnel ? sur le plan professionnel ?

.

DIFFICULTES SOCIO-PROFESSIONNELLES RENCONTREES PAR LES MEDECINS GENERALISTES EXERCANT EN MILIEU RURAL DANS L'OISE EN 2016 : ETUDE DE LA QUALITE DE VIE.

Introduction : Dans une société qui revendique le bien-être, la qualité de vie familiale, les loisirs, il apparaît difficile de penser que les jeunes médecins auront une vie sacerdotale pour un bénéfice humain et financier modeste. Avec la désertification rurale et la féminisation, on peut alors se demander comment les médecins généralistes en milieu rural peuvent avoir une bonne qualité de vie, dans une profession où l'on souffre déjà.

Méthode : A travers cette étude, la méthode choisie est basée sur des entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes libéraux installés en milieu rural dans l'Oise. Une partie des résultats offre un aspect quantitatif de la qualité de vie évaluée par une échelle à quatre niveaux et un aspect qualitatif avec des réponses ouvertes afin d'identifier les problèmes rencontrés.

Résultats : Trente-trois personnes ont répondu à notre questionnaire. On montre qu'une très grande majorité des médecins sont satisfaits de leur vie familiale. Malgré un grand nombre d'éléments nuisibles cités (tels que les charges administratives ou l'isolement), 75.8 % des médecins interrogés sont plutôt satisfaits de leur qualité de vie professionnelle.

Discussion : Le cadre offert par le milieu rural semble propice à un bon équilibre familial et la charge importante de travail n'influe pas sur cet aspect-là. En effet, les médecins ont su trouver un bon équilibre entre sphères privée et professionnelle. De plus, l'ARS a mis en place des mesures auprès des jeunes pour lutter contre la baisse de médicalisation.

Conclusion : Cette étude a mis en valeur que les médecins sont épanouis aussi bien sur le plan professionnel que familial et ce malgré de nombreux inconvénients relevés. Devant les nouvelles réformes annoncées par le gouvernement, il semble primordial que les médecins soient unis pour préserver leur profession, qui souffre déjà d'une désaffection, et ne pas laisser son avenir s'assombrir.

Mots clés : médecin généraliste, rural, qualité de vie

SOCIO-PROFESSIONAL DIFFICULTIES MET BY GENERAL PRACTITIONERS WORKING IN A RURAL ENVIRONMENT IN THE REGION OF OISE IN 2016 : SURVEY OF THE QUALITY OF LIFE

Introduction : Nowadays, in a society where the well-being of people, the quality of the family life and hobbies tend to play an important role, it is difficult to think that young general practitioners (GP) will have a priestly life for low human and financial benefits. With the rural desertification and the feminization of the medical profession, one can wonder to what extent rural doctors can have a good quality of life taking into account the difficulties lived in a rural environment.

Method : The chosen method throughout this work is based on semi-directed interviews of GPs in private practice working in a rural environment in the area named Oise. Some of the results give to see both a quantitative aspect of the quality of life that has been evaluated with a four-level scale and a qualitative aspect with open answers in order to identify the problems that have been encountered.

Results : Thirty-three doctors have answered the questions of our survey. A vast majority of them are satisfied with their family lives. Even though a large number of negative aspects such as the administrative tasks or the fact of being isolated have been quoted, 75.8% of the interviewed doctors are rather satisfied with the quality of their professional lives.

Discussion : The environment in the rural areas seems to be suitable for a good family life and the important amount of work does not influence this aspect. Doctors have managed to find a good balance between their private lives and their jobs. The Regional Health Agency has set measures targeting young people to fight against the decrease of medicalization.

Conclusion : It appears that GPs are contented not only in their private lives but also in their jobs despite a large number of disadvantages. They have to be united in order to face the new reforms announced by the government for the profession not to be filled with gloom, what's more when there are less and less doctors.

Keywords : general practitioner (GP), rural, quality of life

