Liste des abréviations

AGA	Association de Gestion Agréée
ARS	Agence Régionale de Santé
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DPC	Développement Professionnel Continu
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU	Diplôme Universitaire
EPU	Enseignement post universitaire
FMC	Formation médicale continue
GPEP	Groupes Pédagogiques d'Échanges de Pratiques
HAD	Hospitalisation à Domicile
MG	Médecine générale
SCI	Société Civile Immobilière
SCM	Société Civile de Moyens
TPE	Temps Péri-Educatif
URSSAF	Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Plan

RESUME

PREAMBULE

1. Etat des lieux démographiques en médecine générale
1.1. En France
1.1.1. Les médecins généralistes en activité
1.1.2. Les remplaçants
1.1.3. Densité médicale
1.2. Dans les Pays-de-la-Loire et en Loire-Atlantique
1.2.1. Les médecins généralistes en activité
1.2.2. Nouvelles installations et nouvelles inscriptions
1.2.3. Densité médicale
1.3. Bassin de vie de Saint-Nazaire

2. Définitions
2.1. Installation et Primo-installation
2.2. Bassin de vie
2.3. Les générations X et Y
2.3.1. La génération X
2.3.2. La génération Y
2.4. Qualité de vie

INTRODUCTION

MÉTHODES

1. Type d'étude

2. Population
2.1. Critères d'inclusion
2.2. Critères d'exclusion
2.3. Population finale

3. Entretiens
3.1. Lieux et dates
3.2. Elaboration du guide d'entretien
3.3. Déroulement, recueil de données

4. Analyse de données

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population

2. Importance de la structure familiale au moment de l'installation

3. Mode de fonctionnement professionnel
3.1. Mode d'installation
3.2. Le "couple professionnel"
3.3. Savoir dire non

4. Mode de fonctionnement familial
4.1. Place du conjoint ou de l'enfant
4.2. Le partage des tâches

5. Le temps pour soi
6. Installées, mais dans 15 ans ?

DISCUSSION

1. Discussion autour de la méthode
1.1. Choix de l'étude qualitative
1.2. Limites de l'étude
1.2.1. Biais de sélection
1.2.2. Biais de mesure
1.2.3. Biais d'interprétation
1.2.4. Intersubjectivité
2. Discussion autour de la qualité de vie professionnelle
2.1. Localisation du cabinet
2.2. Mode de fonctionnement professionnel
2.2.1. Un exercice médical partagé
2.2.2. Le "couple professionnel"
2.2.3. Temps de travail et importance de la construction familiale au moment de l'installation
2.3. S'organiser et savoir dire non
3. Discussion autour de la qualité de vie personnelle et familiale
3.1. Place du conjoint au niveau professionnel
3.2. Place du conjoint au niveau familial
3.3. Place de l'enfant
3.4. Le temps pour soi
4. Installées, mais dans quinze ans ?
4.1. Difficultés de projection
4.2. Manque de ''re''valorisation

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Résumé :

Introduction : Malgré de multiples débats sur le mal-être des médecins, le maillage du territoire en soins primaires ou les nouvelles modalités d'exercice, les femmes constituent une proportion significative parmi les nouvelles installations en médecine générale libérale.

Sujets et Méthodes : Etude de la perception de la qualité de vie et des motivations des médecins généralistes femmes installées récemment, équilibre entre leur exercice professionnel et leur vie privée.

Enquête par entretiens semi-dirigés, dans le bassin de vie de Saint-Nazaire, auprès des médecins généralistes femmes installées entre 2010 et 2014 en soins primaires. 16 médecins ont été incluses.

Résultats : 15 femmes, âgées de 32 à 56 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans, ont pu être interrogées. Toutes étaient mères de famille.

Toutes avaient décidé d'exercer en cabinet de groupe pour mieux assurer la permanence des soins et partager les charges jugées très lourdes. Toutes avaient limité leur activité : 6 entre 4 et 4,5 jours par semaine, 9 à mi-temps dont 7 en binôme partageant patients et bureau.

L'accompagnement par leur conjoint était fondamental ainsi qu'une organisation familiale stricte. Elles privilégiaient la sphère familiale parfois aux dépens de leur sphère personnelle. Malgré certains regrets, elles en étaient globalement satisfaites car la sphère familiale était essentielle pour elles.

Par ailleurs, elles n'étaient pas, pour la majorité, capables de se projeter dans l'avenir ; par manque de visibilité sur les choix personnels à venir et sur l'avenir de la profession.

Conclusion : Les médecins interrogées étaient globalement satisfaites au travail comme dans le domaine privé parce qu'elles s'en étaient donné les moyens. Elles préféraient faire des concessions professionnelles plutôt que de délaisser leur famille.

PREAMBULE

Avant de présenter cette étude, il paraît nécessaire d'exposer tout d'abord les données démographiques actuelles de la médecine générale en France et les particularités observées dans la zone géographique étudiée puis de définir quelques notions qui seront vues ultérieurement.

Tous les tableaux ci-après sont tirés des Atlas de démographie médicale du CNOM.

1. Etat des lieux démographiques en médecine générale

1.1. En France

Selon le rapport de la DREES[1] de 2016, la France Métropolitaine comptait, au premier Janvier 2015, 222 150 médecins inscrits dont 102 485 médecins généralistes.

1.1.1. Les médecins généralistes en activité

Selon l'Atlas de démographie médicale de 2015[2], le tableau de l'Ordre des médecins recensait 58 104 médecins généralistes exerçant une activité libérale ou mixte soient 64.7% des 89 788 médecins généralistes en activité régulière soit une diminution de 10,3% sur la période 2007/2015 de médecins généralistes libéraux et/mixtes. L'âge moyen était de 53 ans. Il y avait 45 % de femmes. Les moins de 40 ans représentaient 13.6 %. Les femmes représentaient 60% de ces derniers.

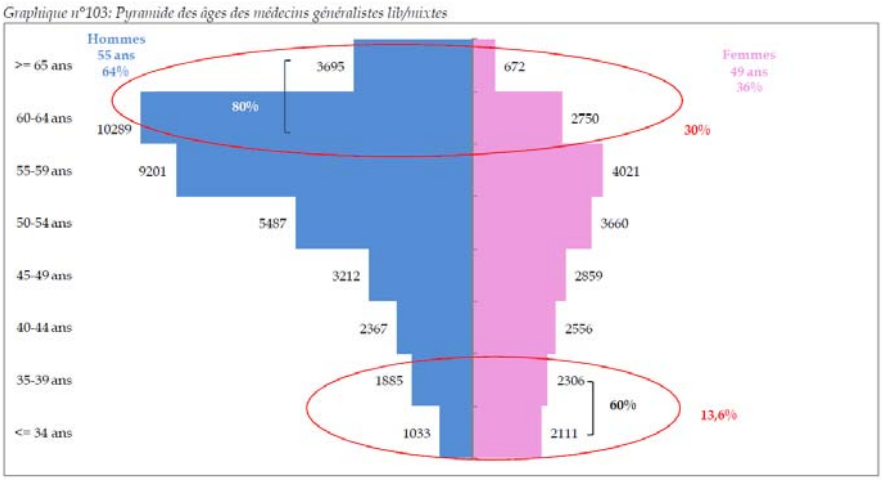

Figure1 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux/mixtes

1.1.2. Les remplaçants

Il y avait 8 961 médecins remplaçants actifs dont 68.3% exerçant en médecine générale. L'âge moyen était de 41 ans, dont 61% de femmes. Les moins de 40 ans représentaient 57% des médecins remplaçants en MG. Les femmes de cette tranche d'âge représentant 60% de ces derniers.

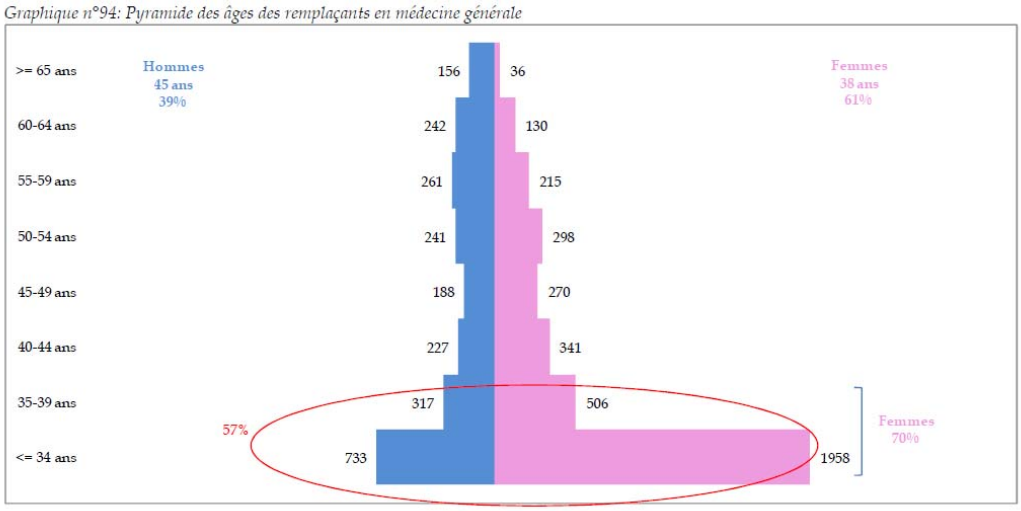

Figure 2 : Pyramide des âges des remplaçants en médecine générale

1.1.3. Densité médicale

Selon l'atlas de démographie médicale de 2015[2], les prévisions pour 2020 évaluent une baisse du nombre de médecins généralistes en activité à 54 179.

La densité médicale pour les médecins généralistes libéraux et mixtes était en 2015 de 88.7 MG libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants. En 2007, elle était de 100.1MG/100 000.

1.2. Dans les Pays-de-la-Loire et en Loire-Atlantique

1.2.1. Les médecins généralistes en activité

Selon l'Atlas des Pays-de-la-Loire de 2015[3], 3 274 médecins généralistes libéraux et mixtes étaient en exercice dans les Pays-de-la-Loire soit une diminution de 5.5% sur la période 2007/2015. L'âge moyen était de 52 ans. Les moins de 40 ans représentaient 16% des MG libéraux et mixtes. Les femmes représentaient 39% de ces effectifs.

Chez les moins de 40 ans, elles étaient majoritaires à 65%.

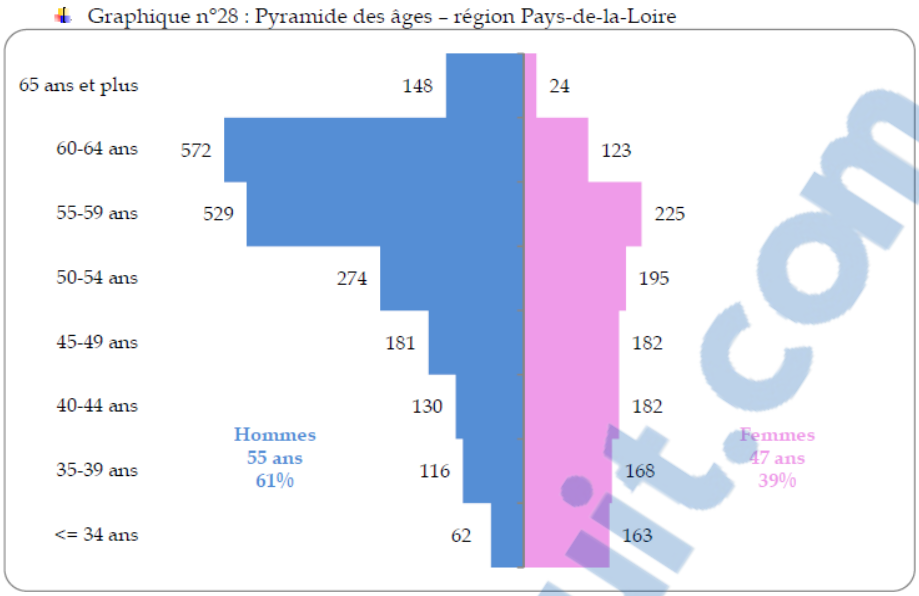

Figure 3 : Pyramide des âges - région Pays-de-la-Loire

Le département de Loire-Atlantique se démarquait avec une balance positive. L'âge moyen était de 50.5 ans. Les moins de 40 ans représentaient 19.2% contre 17.8% pour les plus de 60 ans. A l'extrême, le département de la Sarthe était le plus affecté avec un âge moyen de 54.4 ans, des effectifs de moins de 40ans à 9.5% contre 30.4% de médecins généralistes libéraux et mixtes de plus de 60 ans.

1.2.2. Nouvelles installations et nouvelles inscriptions

D'après les chiffres fournis par l'ARS, il y a eu 265 installations de médecins généralistes libéraux et mixtes entre le 01 Janvier 2010 et le 31 décembre 2014 en Loire-Atlantique. L'ARS recensait 181 femmes. Soit 68.3%.

Au cours de l'année 2014, lors de leur première inscription au Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique, 46,7% des jeunes médecins généralistes ont choisi un exercice libéral et 6,7% pour un exercice mixte. Ils ont donc majoritairement choisi l'exercice libéral[3].

1.2.3. Densité médicale

La densité médicale dans les Pays-de-la-Loire pour les médecins généralistes libéraux et mixtes était en 2015 de 83.7 MG libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants[3]. En 2007, elle était de 89.7MG/100 000 habitants.

Rapport-Gratuit.com

1.3. Bassin de vie de Saint-Nazaire

A l'échelle du bassin de vie, dans les Pays-de-la-Loire, celui de Saint-Nazaire faisait partie des 70 bassins de vie sur les 146 ligériens enregistrant une baisse de leurs effectifs libéraux et mixtes. Le bassin de vie de Saint-Nazaire faisait néanmoins partie des 58% des bassins de vie ayant une densité forte, le plaçant parmi les 6 bassins de vie favorisés c'est à dire dont les "densités et variations des effectifs sont égales ou légèrement supérieures à la moyenne régionale". (Angers, Montreuil-Juigné, Legé, Beaufort en Vallée, Nantes, Saint-Nazaire)[3].

La densité médicale était de l'ordre de 114MG /100 000 avec un taux de féminisation de l'ordre de 45.7% et 26.3% de médecins généralistes de moins de 40 ans.

D'après les données fournies par l'ARS et après vérification, 27 médecins généralistes exerçant une médecine de premier recours se sont installés en activité de médecine générale ambulatoire, dont 16 femmes soit un taux de féminisation de 59% soit un taux nettement plus faible, à l'échelle nationale, comme à l'échelle départementale (68%).

2. Définitions

2.1. Installation et Primo-installation

Selon l'article 18 du code de Santé Publique[4] :

"Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle."

Sous le terme installation, nous avons considéré les collaborations et les associations au sein d'un cabinet.

La primo-installation correspond au premier enregistrement administratif au sein d'une structure libérale de soins.

Dans cette étude, nous avons donc pris en compte les collaborations et les associations au sein d'une SCM d'un cabinet de médecine générale.

2.2. Bassin de vie

"Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants."

Le bassin de vie de Saint-Nazaire constitue un ensemble délimité officiellement, composé de zones assez diversifiées susceptibles d'être représentatives de conditions d'exercice variées et d'organisations personnelles diverses. Il comporte en effet des zones économiques et sociales contrastées : une partie industrielle et une partie résidentielle côtières ainsi qu'une partie intérieure périurbaine ou semi-rurale. Ses statistiques médicales professionnelles le situent dans la moyenne de la Loire-Atlantique.

Figure 4 : Bassin de vie de Saint-Nazaire, Pays-de-la-Loire, France Google

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

2.3. Les générations X et Y

D'après les travaux de Petit et Lacroix[6], à chaque génération correspondent des caractéristiques communes dans le travail et dans la vie personnelle.

2.3.1. La génération X

La génération X désigne les personnes nées entre le début des années soixante et 1977. Elles ont grandi avec le choc pétrolier de 1973, la crise économique des années 1980 puis le ralentissement économique la décennie suivante, une précarisation des emplois, la liberté sexuelle et la croissance des divorces.

Elles sont caractérisées par leur esprit entrepreneur, elles ont un besoin d'indépendance, elles maîtrisent la technologie. Elles sont sceptiques à l'égard des organisations et résistantes face à l'autorité mais loyales envers leur équipe de travail, dynamiques et flexibles et multifonctionnelles en organisation.

Dans leurs attentes au travail, elles recherchent un équilibre entre leur travail et leur vie privée. Elles cherchent à avoir un travail intéressant, à développer leurs compétences et à garder leur infrastructure technologique optimale. En retour, elles sont demandeuses d'une reconnaissance pour leurs compétences.

2.3.2. La génération Y

La génération Y désigne les personnes nées entre 1978 et 1994. Elles sont aussi appelées "génération internet", ou "Digital Natives" par les anglo-saxons. Il s'agit de la génération où l'enfant est roi, les valeurs familiales redeviennent importantes. Ces personnes ont connu l'ouverture multiculturelle du monde, ont grandi dans une certaine prospérité économique. Elles ont grandi avec les réseaux sociaux, les nouvelles technologies qu'elles maîtrisent parfaitement, les réseaux d'information leur ont fait vivre en direct des événements internationaux violents et traumatisants.

Elles vivent dans l'immédiateté, valorisent la liberté d'expression. Capables d'exercer plusieurs tâches à la fois, elles sont ambitieuses, créatives, optimistes, tolérantes, orientées vers les résultats. Elles vivent dans le besoin d'une appartenance à une famille, un groupe.

En revanche, on leur reproche un manque de loyauté et un esprit revendicateur.

Plus encore que la génération précédente dans la recherche d'équilibre entre leur travail et leur vie privée, elles sont dans l'attente d'une adaptabilité de leur temps de travail pour pouvoir consacrer du temps à leur développement personnel (amis, loisirs, famille). Elles voient dans l'utilisation des nouvelles technologies le moyen de travailler en équipe, de fusionner les domaines privés et professionnels.

Comme la génération X, elles sont demandeuses d'une reconnaissance dans leur travail.

2.4. Qualité de vie

Qu'est ce que la qualité de vie ? Peut-on la quantifier ? Peut-elle être normée ?

L'Organisation Mondiale de la Santé a tenté une définition en 1993[7] :

« C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. »

Son évaluation n'est valable qu'à un instant T. Elle est subjective, intimement liée à l'individu et peut être altérée ou améliorée par n'importe quel événement de vie professionnel ou personnel.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

INTRODUCTION

La féminisation de la génération nouvelle s'installant en médecine générale est un fait social reconnu. En effet, les femmes constituent une proportion significative parmi les nouvelles installations en médecine générale libérale[2]. Les charges de cette filière, a priori réputées pour être assez lourdes, pourraient poser des problèmes pour leur installation et/ou leur équilibre avec leur vie privée. Par ailleurs, les informations publiées dans les médias nationaux et sur les réseaux sociaux insistent sur les difficultés d'installation et sur les exigences des conditions d'exercice en médecine générale libérale.

De nombreuses études ont été consacrées à l'évolution de la médecine générale libérale :

- poids des contraintes administratives pesant sur les médecins libéraux[8, 9],

- confort du salariat[10],

- dégradation de la rémunération des actes en médecine générale[11],

- discussions sur la charge de travail et son acceptabilité par les nouvelles générations[12, 13, 14]

- caractère tardif des installations[15],

- abandons prématurés de la profession[8, 16],

- avenir de la profession par rapport à la télémédecine et aux nouvelles technologies[17, 18].

Les difficultés particulières des femmes dans la profession ont également été mises en évidence[19, 20] :

- poids des contraintes familiales[21, 22],
- moindre taux d'installation[2, 15, 23],
- caractère plus tardif de l'installation[2, 24],
- taux d'abandon prématuré de l'activité plus élevé [24].

Dans ce contexte, le but de l'étude est d'explorer la perception de la qualité de vie et les motivations des médecins généralistes femmes installées récemment afin d'observer quel équilibre elles ont su trouver entre leur exercice professionnel et leur vie privée ?

Cette étude s'efforce de dégager des résultats susceptibles de contribuer à une meilleure connaissance des conditions d'installation des femmes en médecine générale et de leur vie professionnelle. Etudier leurs niveaux de satisfactions professionnelle et personnelle et leurs facteurs devrait permettre de dégager des résultats précisant les conditions de réussite de l'installation des femmes en cabinet.

L'étude devrait permettre de faire émerger des perspectives sur les choix de la nouvelle génération. Elle devrait permettre de donner des perspectives sur les problématiques de maillage du territoire en soins primaires et de remplacement des générations.

MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels avec questions semi ouvertes.

2. Population

La liste des médecins généralistes libéraux installés depuis 2010 a été fournie par l'ARS des Pays-de-la-Loire.

2.1. Critères d'inclusion

Le sujet porte sur les médecins généralistes femmes expérimentant une première installation en cabinet de médecine générale entre le premier janvier 2010 et le 31 décembre 2014 dans le bassin de vie de Saint-Nazaire.

2.2. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas retenu les médecins de sexe masculin, les changements de domiciliation de cabinet ou d'association ou de collaboration ayant eu une inscription à l'Ordre antérieure à 2010. Les médecins n'exerçant pas une activité de soins primaires (DESC ouverts à la médecine générale et DES de spécialité autres que la médecine générale) n'ont pas été retenus.

2.3. Population finale

181 femmes se sont installées entre 2010 et 2014 en Loire-Atlantique. 22 femmes se sont installées dans le bassin de vie de Saint-Nazaire. 6 médecins ont été exclues car elles pratiquaient l'angiologie, SOS médecin, une activité

de psychothérapeute, de régulateur du centre 15 de manière exclusive ou il s'agissait de déménagement de cabinet avec installation antérieure à 2010.

16 médecins ont été retenues.

3. Entretiens

Les médecins incluses ont été d'abord contactées par téléphone ou personnellement à leur cabinet pour une présentation informelle du projet de thèse afin d'obtenir un accord de principe. Une lettre de présentation leur a été soumise avant l'entretien afin de confirmer leur consentement officiel et leur garantir l'anonymisation des informations recueillies. Celle-ci est disponible en annexe.

3.1. Lieux et dates

Le choix du lieu et de la date leur a été laissé selon leurs disponibilités. Les entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat. Ils pouvaient se dérouler dans le lieu de leur choix.

3.2. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien utilisé a été travaillé en atelier thèse, réévalué par le directeur de thèse puis testé et modifié au cours d'entretiens tests sur des médecins installées correspondant aux critères d'inclusion mais n'appartenant pas à la zone géographique étudiée.

Celui-ci est disponible en annexe.

3.3. Déroulement, recueil de données

Il y a eu un enregistrement audio avec retranscription intégrale du corpus, verbal et non verbal, disponible en annexe. Les données ont été rendues anonymes.

4. Analyse de données

Le Logiciel NVIVO Stater a été utilisé afin de réaliser une analyse thématique initiale avec analyse de contenu, verticale, déductive, après chaque retranscription avec relecture par le directeur de thèse pour chaque étape.

(Clef de licence : NVD11 LZ000 BH020 XRE8G UO9UF)

RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population et déroulement des entretiens

Quinze médecins ont pu être interrogées sur les seize incluses. Les entretiens se sont déroulés entre mai 2016 et juillet 2016. Elles ont principalement préféré réaliser les entretiens à leur cabinet. Elles sont majoritairement revenues ou restées sur leur lieu de travail en dehors de leurs heures de travail habituelles. Deux entretiens ont été réalisés à leur domicile, deux entretiens ont été réalisés au domicile de l'auteure.

La durée de l'entretien variait de trente minutes à deux heures avec une médiane de quarante cinq minutes.

	Age actuel	Année d'installation	Age d'installation	conjoint médical ?	mariée	ENFANT	temps de trajet : mn
MG 1	32	2014	30	non	oui	1	10
MG 2	37	2013	34	oui	oui	3	10
MG 3	40	2012	36	oui	oui	3	10
MG 4	35	2012	31	non	oui	2	12
MG 5	35	2014	34	oui	oui	2	5
MG 6	35	2011	30	non	oui	3	7
MG 7	40	2013	37	non	séparée	2	3
MG 8	37	2010	32	non	oui	2	10
MG 9	34	2014	32	non	oui	3	15
MG 10	38	2012	34	oui	oui	3	18
MG 11	38	2011	33	non	oui	2	15
MG 12	56	2014	53	non	oui	2	3
MG 13	36	2013	33	oui	oui	2	12
MG 14	40	2013	37	oui	oui	2	15
MG 15	32	2013	29	non	oui	2	10
$\bar{x}$	37,7		34,3	9 non 6 oui		2,27	10,33

Tableau I : Situation familiale et temps de trajet domicile-cabinet

2. Importance de la structure familiale au moment de l'installation

Les médecins généralistes interrogées étaient toutes mère de famille.

Dans l'échantillon, une seule avait attendu que ses enfants soient indépendants pour sauter le pas de l'installation. MG12 exprimait qu'elle avait " été comblée (…) avec [ses] enfants,

Rapport-Gratuit.com

[qu'elle avait] pu [s'en] occuper et ça, ça [lui permettait] de voir sereinement l'investissement plus complet maintenant. "

Certaines avaient attendu que leurs enfants grandissent pour s'installer. (MG10, MG3).

MG10 : " Je ne me voyais pas faire leurs 5 ou 6 premières années en n'étant pas libre, et à ne pas les voir le soir. (…) Tu files le bain, tu files à bouffer, t'as l'impression d'être une maman qui s'occupe de ses enfants quoi. "

Celles qui étaient mères de famille avant l'installation avaient organisé leur vie professionnelle autour de l'organisation familiale. A l'instar de MG14 "Professionnellement, tu peux toujours plus t'adapter que ta vie perso." Ou de MG6 " j'évolue beaucoup mon activité plus en fonction des besoins de mes enfants que des miens." Ou MG13 " Ben, moi, ma priorité c'est ma famille. "

MG7 et 3 exprimaient " Un mes enfants, deux le travail ".

Celles qui s'étaient installées avant la construction de la cellule familiale exprimaient plus de difficultés (MG11, MG15).

MG 11 " Il y a un avant et un après. "

A l'instar de MG11 : " J'ai essayé de m'adapter au mieux, avec petit à petit, gagner du terrain on va dire, pour faire un petit peu plus de place à ma vie perso. "

Ou MG15 : " C'est depuis que j'essaye quand même de rentrer plus tôt le soir. "

Dans leur rôle de mère, elles exprimaient moins de difficultés lorsque les enfants entraient en âge scolaire comme MG3, 6, 7. Ou elles supposaient que ce serait le cas (MG1)

3. Mode de fonctionnement professionnel

Les médecins interrogées étaient globalement satisfaites de leurs conditions de travail. Elles s'étaient donné les moyens d'obtenir la meilleure qualité de vie professionnelle possible en fonction de leurs contraintes.

3.1. Mode d'installation

Elles présentaient certaines caractéristiques communes tant dans leur environnement personnel que dans leur organisation professionnelle.

Après avoir fait "le tour des remplacements", l'installation, le fait d'avoir une patientèle étaient pour toutes une source d'épanouissement personnel, de reconnaissance personnelle.

MG 3 : "Je me sens plus épanouie sur le plan professionnel que quand j'étais remplaçante, (…), mes patients ils viennent me voir moi. "

Il n'y avait que MG3 qui exerçait seule. Toutes les autres travaillaient dans un cabinet de groupe.

MG2 : " (…) c'est avoir des associées. [rires] Oui c'est surtout ça qui fait l'équilibre, je pense, après tu peux avoir des trucs plus durs mais avec de bons associés ça va et pour moi ça se passe bien. "

MG11 : " la qualité de vie professionnelle elle est quand même dépendante de (…) les collègues. "

L'exercice en groupe donnait aussi une liberté dans la gestion du temps de travail et permettait des absences liées aux obligations familiales. " une grande souplesse " (MG7)

Elles avaient majoritairement une activité à temps partiel (MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG7, MG10, MG13, MG14), excepté MG8, MG 9, MG11, MG12 et MG15 qui gardaient tout de même un jour chômé par semaine. MG3 travaillait 5 jours par semaine mais avec 2 demi-journées remplacées.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

La pression financière liée aux charges de fonctionnement du cabinet imposait certaines contraintes. Elles devaient partager le même bureau lorsqu'elles exerçaient à mi-temps. (MG1, MG4, MG5, MG6, MG7, MG13)

MG4 : " Le fait de partager un bureau, on partage aussi les charges, en deux. (…)Donc le tout c'est de trouver l'équilibre financier. "

Elles avaient toutes un secrétariat, souvent téléphonique, à distance, toujours lié à une contrainte financière. (MG2, MG3, MG4, MG5, MG14). Celles qui exerçaient dans des grands cabinets de groupe se permettaient un secrétariat sur place (MG1, MG6, MG7, MG 8, MG9, MG10, MG11, MG12, MG13, MG15).

MG1 : " Elle nous soulage aussi. "

MG10 : " Ca me semble primordial. "

MG12 : " elles font beaucoup de choses et c'est super. "

MG13 : " Ça fait tout hein. En libéral, le secrétariat… ça fait des bonnes journées ou des mauvaises, presque. "

L'exercice de comptabilité occupait une place importante dans les contraintes liées à l'exercice professionnel et débordait souvent sur le temps personnel au domicile. (MG1, MG3, MG5, MG6, MG7, MG12).

Elles étaient maître de stage universitaire MG8, MG10, ou elles l'envisageaient. (MG9, MG11, MG15) Elles considéraient ce compagnonnage enrichissant.

Certaines avaient une activité mixte, avec des vacations d'une demi-journée en centre de santé pour personnes en précarité (MG15) ou en crèche (MG5), deux journées au planning (MG6).

Les médecins interrogées ont préférentiellement choisi un lieu d'installation ou elles n'étaient pas tenues de participer aux gardes en CAPS (MG1, MG2, MG3, MG6, MG7, MG8, MG10, MG12). Ceci était notamment lié aux contraintes d'organisation familiale. Elles soulignaient le confort de bénéficier de la présence de SOS médecin au sein du bassin de vie de Saint-Nazaire.

3.2. Le "couple professionnel"

Partageant le même bureau ou non, l'entente dans le binôme professionnel était un déterminant positif de la qualité de vie professionnelle.

MG7 : " C'est comme un mariage en fait ce qu'on fait là. "

MG13 : " Et puis, oui, on compte vraiment l'une sur l'autre. Un confort énorme. "

MG4 et MG5 étaient amies avec leur binôme avant l'installation. Les autres médecins exerçant en mi temps se sont rencontrées puis ont échangé sur leurs désidératas et leurs priorités avant l'installation. (MG1, MG2, MG6, MG7, MG13)

Le binôme pouvait aussi être un soutien psychologique.

MG14 : " J'ai ma collègue pour m'épauler, c'est quand même génial si t'as pas craqué à la maison tu vas pas craquer ici parce qu'elle va tout de suite sentir que t'es pas... "

Et parfois il manquait. MG 3 : " Au bout de quatre ans d'installation, il est temps que j'aie une associée qui arrive. " et " ça va me sauver la vie".

3.3. Savoir dire non

Dans leur organisation professionnelle, toutes les médecins interrogées exprimaient une nécessité de recadrer les limites, "ne pas se laisser bouffer, [se] mettre des gardes fous " (MG14) qu'elles s'étaient fixées de manière récurrente, risquant de " se faire déborder " (MG5) aussi bien temporellement que moralement par les différentes pressions liées au mode d'exercice professionnel. Car dans certaines autres professions, y compris médicales on pouvait " [fermer] la porte, et nous jamais. " MG7

MG7 : " Sinon on se laisse manger."

Il fallait donc "dégager du temps", "savoir dire non", "mettre plus de barrière", "fixer des bornes". " Sinon, ça peut devenir difficile " au risque de mettre en péril leur équilibre ; "et on n'est pas si loin du burn-out. " MG11

MG2 : " je dis non, je culpabilise alors que j'ai le droit de dire non."

Et pourtant, les médecins interrogées participaient à des formations pour apprendre à gérer ce type de pressions. MG 11 " une autre formation, c'était "mettre un début et une fin à une journée". Fixer les bornes, pas si facile que ça. "

MG10 : " La pression des patients quand même parce que j'essaye de… j'ai pas trop de problème, on a eu la formation sur "savoir dire non". "

MG9 : " le stress que ça génère, et par la vie, les horaires etc… ça pourrait devenir compliqué. Donc là, je fais attention. "

4. Mode de fonctionnement familial

Les médecins interrogées étaient globalement satisfaites de leur qualité de vie personnelle et familiale. C'était là leur priorité.

4.1. Place du conjoint et de l'enfant

Certaines médecins interrogées considéraient que leur installation avait été rendue possible grâce à l'implication de leur mari. (MG2, MG3, MG13, MG14)

MG14 : " Donc il faut que ton mari te suive (…). Sans mari, je me serais jamais installée. "

MG3 : " Alors tout ça, ça s'est fait avec l'aval de [mon mari] parce que lui du coup, il a dû assumer derrière ce changement de vie aussi et je ne l'aurais pas fait aussi sans son accord."

MG13 : " Jai la chance aussi d'avoir un mari qui est à l'hôpital et pas à la clinique. (…) à cause de mon métier il a dû, mettre le sien, entre guillemets, c'est pas se sacrifier mais voilà, il préférait aller en clinique et il est parti sur l'hôpital pour qu'on puisse avoir du temps pour nous justement et que le soir justement, il puisse s'occuper des enfants. "

Le conjoint pouvait être le soutien psychologique lorsque l'implication émotionnelle était trop forte.

MG6 : " Il est là pour m'écouter quand j'en ai besoin et en même temps il est compréhensif et en même temps il n'est pas intrusif et c'est très très bien comme ça. "

MG 15 : " Si j'ai eu une mauvaise journée, s'il s'est passé des choses, je n'arrive pas à ne pas y penser, il arrive que j'en parle aussi. Ça c'est un gros problème que je rencontre. J'ai vraiment du mal à couper dans ma tête. Alors, non je ne ramène pas de travail. Mais il est là quoi. Il est là. Il est présent. -Vous en parlez, mais vous en parlez à qui ? -A mon mari."

Parfois, c'était le conjoint qui rappelait à l'ordre et faisait modifier l'activité professionnelle.

MG14 : " Il faut vraiment équilibrer ta vie perso, puis après quand le cadre est bien voilà, quand avec ton mari tu as vu avec les horaires que tu peux pas dépasser, (…)et ben après tu t'adaptes. (…) Donc le lendemain t'es en repos t'es quand même obligée de noter et d'appeler à 9h. Et en fait si mon mari me voit faire ça, il me décapite. "

MG11 : " Mon mari, ça m'a complètement sauvée, de pas être en burn-out. (…) C'est pour ça que lui, il m'a recadrée, mais je pense que il m'a un peu sauvée aussi de me laisser manger un peu. "

Plus fort que leur conjoint, les remarques de leurs enfants les affectaient et leur faisaient modifier leur activité. (MG1, MG2, MG6, MG10, MG14)

MG6 : " On a tendance à demander plus de concessions à son conjoint qu'à ses enfants. Je trouve. Par culpabilité. " " Ce sont mes enfants qui m'ont rappelée à l'ordre. (…) Les enfants, tu y penses tout le temps. Tu vas t'adapter, "maman t'es jamais là !" "

MG2 : " Ma deuxième, elle me dit, "oui, on te voit jamais, tu termines tard ! " là c'est dur."

MG14 : " Maintenant j'essaie de rentrer, parce qu'il y a les enfants qui t'attendent pour dormir et t'es pas rentrée, que dès qu'ils entendent la porte qu'ils redescendent. "

MG10 : " C'est justement parce que ma fille m'a dit tu ne viens jamais me chercher à l'école, que j'ai supprimé le jeudi après midi. "

Elles exprimaient un sentiment de culpabilité dû au manque de présence maternelle. (MG2, MG6, MG7, MG10, MG14)

MG2 : " J'ai culpabilisé parce que je n'ai pas vu beaucoup les enfants, mon mari (…) "

Mais elles se "rattrapaient sur les autres jours" (MG3, MG8, MG9)

Elles exprimaient une difficulté à trouver l'équilibre entre leurs obligations familiales et professionnelles. Une culpabilité qui s'installait aussi dans le domaine professionnel. (MG7, MG10, MG12) " Le fait d'être écartelée entre ses enfants et son travail " comme l'exprimait MG7.

MG10 : " Il y a toujours la culpabilité, et dans notre métier il y en a facilement quand on n'est pas assez disponible pour les patients. (…) Si en plus chez toi, t'as la culpabilité du conjoint parce que t'es pas rentrée, là c'est trop. [Rires] Je ne parle pas des enfants, parce que les enfants ils se plaignent rarement enfin, alors là, ça devient ingérable. "

4.2. Le partage des tâches

Le conjoint participait aux tâches de la maison. Il s'occupait principalement de la gestion des courses. (MG1, MG2, MG3, MG11, MG15)

Le conjoint participait également à la garde et l'éducation des enfants. (MG2, 3, MG9, MG10, MG11, MG13, MG14)

MG 2 : " Elles sont à la maison douchées, elles ont commencé à manger parce que moi, quand je bosse, je rentre à 20h30/21h donc des fois il est tout seul avec les trois. "

MG11 : " Depuis la naissance de ma fille, (…) c'est mon mari qui la gère le soir. "

MG9 : " C'est mon mari aussi qui prend le relai, qui va le chercher le soir. "

MG10 : " Chacun a ses tâches quoi, tu vois ?(…) Et puis les enfants, forcément, vu son emploi du temps, il s'en est toujours beaucoup occupé quoi. "

MG14 : " je trouve qu'il s'occupe vachement et même presque plus que moi des enfants. "

A noter toutefois qu'elles employaient majoritairement une femme de ménage ou y songeaient (emploi actif : MG2, MG3, MG8, MG10, MG11, MG13, MG15).

MG8 : "

Et sans [ma femme de ménage] ma vie serait un enfer "

5. Le temps pour soi

MG7 : " Un mes enfants, deux le travail et puis trois le reste du temps on essaye d'en avoir un minimum pour ne pas péter les plombs. "

Lorsque nous posions la question du temps donné aux loisirs, activités extrafamiliales et extraprofessionnelle, de longs silences ou soupirs précédaient leurs réponses.

MG15 résumait la situation ainsi : "Mes loisirs… [Silence]… rires. Non j'essaye de faire, là j'ai arrêté, de faire de la course à pied (…). J'y vais tous les mercredis soirs, enfin j'y vais, j'essaye de m'y tenir, j'y allais en tous cas, avant la grossesse… (…) [gros soupir]… Après je n'ai pas énormément de temps pour les loisirs. J'avoue. (…) Entre la vie familiale, la vie professionnelle et tout ça. J'aimerais hein. (…) Mais j'ai du mal à trouver le temps. Et puis l'énergie. "

MG6 : "Mes loisirs, pour l'instant c'est très anarchique (….) Mais mes loisirs personnels, [elle soupire], je dirais que heu, [elle soupire], j'en ai pas énormément j'en ai pas assez. "

Avoir du temps pour soi était " vraiment une bouffée d'oxygène " selon MG8.

Presque toutes la trouvaient dans le sport (sauf MG5 et 6) " Et ça, ça fait grandement partie de mon équilibre. " (MG10) bien que difficile à maintenir pour certaines (MG7) ou comme l'exprimait MG12 "j'avais prévu par exemple le mardi soir de terminer plus tôt, pour faire mon heure de sport, et petit à petit,(…) ben j'avais beaucoup de travail administratif et je prenais sur ce temps là pour m'avancer, au détriment de mon heure de sport. (…) Je suis un petit peu déçue de ne pas prendre plus de temps pour moi quoi. "

Certaines activités ont dû être abandonnées. Soit en lien avec la gestion de la maison et des enfants (MG2, MG8).

MG8 : " Avant je n'y arrivais pas. Quand elles étaient toutes petites c'était pas possible. "

Soit par manque de disponibilité psychique.

MG 12 : "Non, parce que j'adore dessiner. Et ça, ça fait longtemps que j'ai abandonné. Parce qu'il faut beaucoup de temps pour se concentrer, donc il faut un état d'esprit zen et là je ne l'ai pas du tout. (…). Ça, j'ai complètement abandonné. "

Les sorties étaient souvent familiales, en lien avec l'école où le cercle d'amis était restreint.

MG2 : " Je fais partie de l'amicale laïque de l'école. "

MG14 : " Des fois ça m'arrive d'aller les chercher à 15h40 et faire les sorties scolaires et faire la vente du machin aussi, histoire de participer à la vie de l'école et de ne pas être toujours la maman qui court partout. "

MG7 : " Des sorties avec nos amis avec les enfants en général. Mais ça reste très ponctuel."

L'univers professionnel était imbriqué dans la sphère personnelle. Certaines soirées étaient dédiées à la formation continue, certaines regrettaient de ne pouvoir y participer par obligations familiales (MG1, MG11).

MG11 : " La vie professionnelle tient quand même beaucoup de place, faire du sport avec mes collègues, enfin avec ma collègue, qu'on puisse se voir aussi à l'extérieur avec [ses deux collègues] puisque on a à peu près le même âge. Donc c'est vrai qu'on n'en sort pas forcément. C'est vrai qu'on a d'autres amis, mais c'est sûr… Mon prédécesseur, que j'ai remplacé, est aussi un de nos amis, alors on se voit un petit peu à l'extérieur."

Une seule évoquait une participation à une association socio-culturelle.

MG9 : " Je fais partie d'une association, qui est un club en fait qui s'appelle Ladies Circle, c'est une association de femmes de moins de 40 ans où on fait pas mal d'actions, pour les enfants, les hospitalisés, enfin, des choses comme ça. C'est aussi le moyen de faire autre

Rapport-Gratuit.com

chose en fait. (…) C'est un truc qui me prend un ou deux soirs par mois, donc voilà. Au niveau des loisirs, après c'est un peu tout, je fais rien de régulier."

6. Installées, mais dans 15 ans ?

A cette question, seule MG1 n'envisageait aucun changement :

"Dans quinze ans, euh, je pense que je serai toujours là (…) Installée en MG."

Certaines n'étaient pas capables de se projeter aussi loin.

MG13 :"Non, c'est trop loin pour moi ça. Non."

MG15 : "Alors ça j'en sais rien. Je ne sais pas. Je ne suis pas sûre de me voir généraliste installée pendant toute ma carrière (…). Je ne sais pas trop voilà."

Certaines n'envisageaient pas d'exercer la médecine générale ambulatoire sur une longue durée étant donné l'investissement émotionnel. (MG2, MG3, MG7, MG8, MG14)

MG3 : " La médecine générale. Nerveusement, tu peux pas faire ça tout le temps."

MG8 : " C'est pas possible. Je ne peux pas passer 40 ans avec les mêmes patients, à un même endroit et faire que ça. Je vais devenir folle si je fais ça. (…) c'est un exercice qui est quand même usant. (…) ça peut m'atteindre. Je pense qu'il faudrait que j'aie quelque chose pour prendre de la distance."

D'autres envisageaient l'avenir avec des projets de développement.

Comme MG9 : " Oui, j'espère être toujours à [commune d'installation], ici. Rires. Après là on a un projet de maison médicale, autre, pour accueillir d'autres médecins et puis élargir un peu les locaux qui sont un peu étroits. "

Ou MG14 : "On fera peut être un pôle santé avec des généralistes d'un côté, et des infirmières de l'autre."

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

D'autres envisageaient l'avenir avec des projets de diversification de l'activité.

MG10 : " moi j'ai besoin d'avoir des projets, professionnels et de changer. "

MG11 : " je me voyais bien faire une activité un petit peu extérieure, faire du planning… (…) la coordination entre médecins en maison de retraite, ce genre de choses."

MG7 : " Je suis très attirée par des choses un petit peu plus complémentaires, DU d'hypnose, la communication non violente, des trucs comme ça… Pourquoi pas faire un petit peu plus."

Mais on retrouvait une incertitude commune concernant les futures décisions politiques de santé et l'avenir de la profession. La revalorisation financière, passant notamment par celle du prix de la consultation, leur paraissait la seule compensation aux différentes contraintes liées à la profession. (MG1, MG2, MG4, MG5, MG6, MG7, MG10, MG14)

MG14 : " Ça dépendra aussi si ils nous augmentent ou pas. (…) et ça dépendra aussi de comment la médecine libérale évolue. (…) Mais voilà je ne sais pas si je tiendrai le coup au niveau des plaintes et au niveau financier. (…) Je pense que 23 € c'est pas cher payé quand tu prends 20 minutes. (…) Et si un jour, ça me, enfin si un jour je quitte la médecine générale ce sera à cause de ça. (…) J'aimerais bien que ce soit valorisé parce que sinon je pense que je ne tiendrai pas jusqu'à la retraite."

MG14 : " Après, à voir comment la politique de santé évolue quoi."

MG10 : " Je pense qu'à un moment donné ça va… il va falloir que ça change (…). Qu'on soit salariée de structures et puis que les patients viennent et que ce soit géré par d'autres personnes. (…) Tant que je peux toujours prescrire ce que je veux à mes patients voilà, enfin ce que je veux, pas n'importe comment voilà, peut être."

MG5 : "Mieux nous rémunérer, développer les maisons de santé, pluri professionnelles, avec plusieurs médecins. Je pense que le regroupement c'est la clé de plein de choses. "

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

MG7 : " Tout dépendra de la situation économique dans laquelle on veut placer les médecins et si on leur met trop de fils à la patte oui, je bifurquerai, je ferai quelque chose de différent."

DISCUSSION

Les médecins interrogées présentaient toutes le même souhait d'adapter leurs conditions de travail pour tenter d'obtenir la meilleure qualité de vie possible tant au niveau de la sphère familiale que professionnelle.

Elles ont pour la plupart fait le choix de limiter leur activité professionnelle en choisissant un mode d'exercice en groupe et en binôme pour respecter la permanence de soins d'une part, mais aussi de par la pression financière qu'exerce le poids des charges du fonctionnement d'un cabinet.

Elles fonctionnaient en couple : couple professionnel avec l'associé(e) et couple-conjoint dans la sphère familiale. La participation du conjoint était essentielle dans l'organisation familiale.

Elles privilégiaient la sphère familiale parfois aux dépens de leur sphère personnelle. Celles-ci étaient néanmoins intriquées, et elles étaient globalement satisfaites car la sphère familiale était essentielle pour elles.

Il s'agissait de choix, choix de vie, choix d'installation. On remarque toutefois qu'elles n'étaient pas, pour la majorité, capables de se projeter dans l'avenir ; par manque de visibilité sur les choix personnels à venir ou par manque de visibilité sur l'avenir de la profession.

1. Discussion autour de la méthode

1.1. Choix de l'étude qualitative

M. Thiebaut[25] en 2003 dans son travail de thèse sur la qualité de vie des médecins généralistes avait utilisé le questionnaire de Duke. Mais il n'avait pu

éviter la discussion libre pour laisser place à l'inconnu présent dans la recherche qualitative.

P. Frappé[26] considère que "la recherche qualitative a pour objet spécifique d'étudier les représentations et les comportements (et leurs déterminants) des fournisseurs de soins. (…) elle peut permettre également d'explorer l'expérience vécue." Il s'agit (…) de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions"

Dans l'étude, il s'agit de déterminer la représentation de la qualité de vie des médecins généralistes femmes installées récemment. L'enquêteur n'a pas souhaité soumettre un questionnaire pour laisser libre la pensée des médecins interrogées.

1.2. Limites de l'étude

Plusieurs biais peuvent s'introduire en recherche qualitative.

1.2.1. Biais de sélection

Dans cette étude, il n'y a pas de biais de sélection. La saturation des données a été atteinte. L'échantillon a été réduit au bassin de vie de Saint-Nazaire compte tenu du grand nombre d'installations en Loire-Atlantique. 15 Médecins sur les 16 correspondant aux critères d'inclusion ont été interrogées.

Selon la classification ascendante hiérarchique de démographie médicale, le bassin de vie de Saint-Nazaire faisant partie des zones favorisées de Loire-Atlantique[3]. Il s'agit donc d'une enquête territoriale.

Dans cet échantillon homogène, on a pu inclure une personne plus âgée que ses collègues, mais pas de femme célibataire sans enfant.

1.2.2. Biais de mesure

Biais internes : Par l'investigateur, s'agissant d'entretiens semi-dirigés, l'enquêteur a pu induire certaines réponses. La technique d'investigation a été améliorée au fil des entretiens, le premier entretien, comportant néanmoins presque toutes les unités de sens étudiées, est beaucoup moins riche que les derniers.

Le biais de désirabilité sociale[27] est la tendance qu'a un individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société, et dans le cas de cette étude, à l'enquêteur. Il peut être déclenché par deux facteurs : la nature des questions (sujets sensibles et/ou personnels) et la présence de l'enquêteur. Les propos recueillis peuvent ne pas refléter le ressenti réel de la personne. Au cours des entretiens ou une fois le matériel d'enregistrement éteint, les médecins interrogées ont presque toujours généralisé leurs propos : "je ne dois pas être la seule à te dire ça", " on en parlera en off".

1.2.3. Biais d'interprétation

Pour limiter le biais d'interprétation, le double codage a été réalisé par l'étudiant et son directeur de thèse.

1.2.4. Intersubjectivité

Les résultats ont été décrits sous forme d'affirmations à caractère descriptif facilement généralisables, mais des impressions plus ténues impliquant des nuances lors du discours pouvaient être perçues. Celles-ci pouvaient être liées soit aux personnes, soit à une retenue de la part de l'enquêteur ou du médecin interrogé. Lors des entretiens, l'enquêteur, qui connaissait certains événements de vie marquants à propos des médecins interrogées, a pu ressentir certains non dits dans le dialogue qui n'ont pas été explicités par

respect pour l'interlocuteur. Par ailleurs, certains propos n'ont pas été retranscrits à la demande des médecins interrogées après relecture.

2. Discussion autour de la qualité de vie professionnelle

2.1. Localisation du cabinet

Le bassin de vie de Nazaire est constitué de zones urbaines, de zones péri-urbaines et du Parc Naturel régional de Brière. On remarquera que les médecins interrogées ont toutes élu domicile dans des communes à moins de cinq kilomètres de la mer. Leurs lieux d'installation sont à moins de 10 kilomètres de la zone côtière via le réseau routier.

On remarque des temps de trajets plus faibles qu'observés dans la littérature. Ils sont en moyenne de dix minutes. Dans l'étude de Decorde[28], le temps de trajet acceptable était au maximum de 22 minutes. Dans l'étude de Coliche[13], le temps de trajet ne devait pas excéder 45 minutes. Aucune des médecins interrogées ne résidaient à plus de 20 minutes de leur lieu d'exercice. Comme dans l'étude de Gicquel[29], le temps de trajet était un facteur déterminant le lieu d'installation, ceci étant surtout lié aux contraintes familiales.

2.2. Mode de fonctionnement professionnel

2.2.1. a. Un exercice médical partagé

La nouvelle génération ne souhaite plus travailler comme l'ancienne 6 jours sur 7 ainsi que la nuit[30]. Ces jeunes médecins sont à la recherche d'un équilibre où leur conception sur le rôle de mère et de médecin ne s'affrontent pas mais peuvent s'épanouir conjointement.

Concernant la sphère professionnelle, la présente étude confirme celles de Houlbert[22], Coliche[13], Thiebaut[25] ou Gicquel[29] : l'exercice en cabinet médical de

groupe permet une flexibilité au niveau des horaires pour respecter la permanence des soins, partager les dossiers et les patients, et un partage des charges tout en se gardant du temps personnel et familial.

L'exercice médical étant une activité solitaire, la jeune médecin souligne la nécessité d'avoir un réseau de soins[31] et un soutien à proximité[32]. Il peut s'agir d'un soutien logistique passant par le secrétariat, le dossier médical partagé au sein du cabinet, le support informatique à distance, le ménage, le comptable, mais aussi un soutien psychologique par la présence et l'écoute des collègues. Ils permettent un enrichissement professionnel qu'elles peuvent prolonger avec l'accueil d'un étudiant[22].

L'exercice en groupe est préféré par la nouvelle génération et plus précisément les femmes et les jeunes de moins de 40ans[22, 30, 33, 34].

2.2.2. Le "couple professionnel"

Afin de rentabiliser au mieux l'environnement professionnel, celles qui avaient choisi d'exercer à mi temps partageaient parfois le même bureau. Dans l'étude, elles montraient un réel enthousiasme à l'évocation de leur binôme. Leurs objectifs d'organisation devaient avoir été fixés dès le début avec des réajustements récurrents. On retrouve peu dans la littérature l'importance donnée au binôme professionnel dans l'exercice à mi-temps. Le travail de Barrais et Fouassier[35] montre que les médecins femmes ont plus de facilité à partager leur patientèle dans le but de respecter la permanence des soins tout en se libérant du temps personnel ou familial. Gicquel[29] dit "même locaux, jamais vacants". Peut être est-ce dû à ce nouveau mode d'exercice.

2.2.3. Temps de travail et importance de la construction familiale au moment de l'installation

Toutes les médecins interrogées étaient mères de famille. L'arrivée d'un enfant perturbant toute organisation, aucune classe professionnelle n'est épargnée.

Elles ont choisi de réduire leur activité professionnelle à l'arrivée de leur enfant. Une étude suédoise[36] montrait que le temps partiel permettait aux femmes de s'investir dans leur vie de famille et de percevoir une meilleure qualité de vie.

On retrouve dans la littérature que les médecins femmes travaillent en moyenne moins longtemps que les hommes, que les célibataires travaillent plus que celles et ceux qui ont un conjoint et que les mères travaillent encore moins longtemps que les célibataires[15]. (temps moyen de 42H par semaine, sur 9.2 demies journées) [21].

Cette étude rejoint celle de Coliche[13] où l'âge des enfants est déterminant. Malgré les améliorations sociales de 2006, la grossesse reste une épreuve pour l'installée (recherche de remplaçant, durée du congé maternité, risque de complications, prise en charge sociale…)[37]. Dans notre étude, 3 femmes sur les 15 interrogées menaient une seconde grossesse. Trois médecins avaient attendu la fin de leurs congés maternité pour s'installer. Toutes exprimaient les difficultés d'organisation avant puis au retour de leurs congés maternité. La grossesse puis la maternité, moments clés dans la vie d'une femme, peuvent être source de stress dans l'organisation professionnelle. Cet a priori à propos de la maternité qu'ont les internes et les remplaçantes[31, 38] semble être confirmé par les différentes études une fois installées[19, 23, 37].

Comme dans le travail de Pichon-Pawelski[21] où 75% des médecins avaient modifié leurs conditions de travail pour mieux s'occuper des enfants, certaines avaient retardé le moment d'installation pour profiter des premières années de vie. Le cadre scolaire donne une régularité qui permet d'organiser le temps professionnel pour ne pas "sacrifier" la vie de famille et trouver le bon équilibre[13, 39, 40]. On retrouve l'importance de la participation à la vie de famille dans les travaux sociologiques de Petit[6] sur la génération Y, dans le rapport Hubert[37] ou dans les études du CNOM[34]. La jeune mère souhaite participer à l'éducation de son enfant sans délaisser son activité professionnelle.

On pourrait même étendre ce souhait à leurs jeunes confrères masculins qui s'investissent de plus en plus dans leur rôle familial. Une nouvelle étude à propos de leur recherche de qualité de vie pourrait alors être envisagée. Les femmes ont ouvert une porte par laquelle la jeune génération masculine s'immisce doucement[13].

Dans l'étude de Pichon-Pawelski[21], il n'y avait pas de différence significative dans le nombre de garde effectuées entre les médecins mères de famille et celles qui n'avaient pas d'enfant, elles participaient aux différents tours de garde lorsqu'elles le souhaitaient. De manière semblable aux études de Houlbert[22] et Loiselet-Doulcet[23], la présence nocturne de SOS médecin était un confort non négligeable pour la qualité de vie familiale.

2.3. S'organiser et savoir dire non

Après avoir posé leurs horaires et leur méthode de travail pour entrer en adéquation avec leurs aspirations, les médecins doivent faire face à la demande de soins et aux différentes pressions.

Le risque de se laisser déborder est omniprésent dans la profession jusqu'à l'épuisement au travail[13]. Il devient une réalité croissante avec les années d'exercice[41] où il est nécessaire de contrôler ses horaires pour préserver sa qualité de vie.

La surcharge de travail est décrite dans le Rapport Bloy de 2011[42]. "L'épreuve est néanmoins surmontée lorsque le moment est venu", mais on retrouve dans l'étude qu'il s'agit là d'un élément potentiellement fragilisant l'équilibre dans leur qualité de vie.

Une étude suédoise[36] mettait en relation les aspects psychosociaux du bien-être et la charge de travail. Plus la charge de travail paraissait importante aux yeux des médecins généralistes suédois interrogés, plus ils montraient des signes d'altération du bien-être et un risque plus important sur leur état de santé.

Comme les médecins suisses[43], la qualité de vie au travail passe aussi par la gestion des patients et la dimension d'éducation en santé.

Chez les femmes, malgré la structuration des horaires, la délégation de tâches et le partage des dossiers, le stress, le poids de la responsabilité des patients et la réponse à leurs attentes et demandes peuvent être trop lourds par rapport à la satisfaction de se sentir utile pour la société[44].

Rapport-Gratuit.com

3. Discussion autour de la qualité de vie personnelle et familiale

3.1. Place du conjoint au niveau professionnel

La quasi-totalité des médecins interrogées vivaient en couple. Pour la plupart, soit elles étaient originaires du bassin de vie de Saint-Nazaire, soit leur conjoint l'était.

De manière semblable à la littérature[45], l'ensemble des conjoints exerçaient une activité professionnelle à temps plein et presque la moitié exerçaient une profession médicale.

Afin d'obtenir une meilleure qualité de vie, la jeune génération préfère le milieu semi-rural par sa proximité avec la ville, la possibilité d'avoir un emploi en adéquation avec les qualifications du conjoint tout en bénéficiant des avantages d'un environnement de vie plus agréable[22, 31]. Dans l'étude, les domiciles étaient globalement situés le long de la zone côtière dans des petites et des moyennes villes. Les médecins interrogées mettaient en avant la beauté du cadre de vie et la proximité des infrastructures.

Le choix de l'installation avait été pour la plupart une décision de couple. Dans l'étude de Coliche[13], la stabilité professionnelle du conjoint pouvait favoriser l'installation. Dans l'étude, certaines installations avaient pu se créer grâce à la stabilité financière des revenus du conjoint. Comme dans l'étude de Martin[46], la nouvelle génération d'installées s'autorise plus d'exigences puisque le conjoint a un revenu qui lui permet de diminuer ses revenus pour plus de confort dans le domaine privé.

Une fois l'installation passée, le conjoint pouvait être celui qui imposait les limites lorsque les médecins se laissaient déborder par leur travail. L'épanouissement conjugal est évidement un pilier clef dans la qualité de vie. On le retrouve dans le travail de Vincendon[41].

3.2. Place du conjoint au niveau familial

Les évolutions sociétales ont globalement permis une amélioration des conditions de travail dans tous les domaines. L'étude portait sur les jeunes installées mais il serait intéressant d'observer quelles seraient les aspirations des nouveaux installés masculin. On retrouve dans la littérature sociologique en 2004[47] des conclusions réductrices où "La différenciation des sexes ne pass[ait] plus par une opposition entre « femmes inactives » et « hommes actifs », mais plutôt par une distinction entre « femmes actives sans ambition professionnelle excessive, gestionnaires prioritaires des contraintes de la conciliation » et « hommes carriéristes, ponctuellement mobilisables pour pallier l'absence des épouses dans la vie familiale et domestique »."

Pourtant les pères issus de la génération Y[6] se sentent aussi investis dans l'éducation des enfants[19, 34] et souhaitent une "paternité active"[48]. Parmi les conjoints des médecins interrogées, nombre d'entre eux avaient organisé leur propre temps de travail en fonction des horaires de leur épouse pour être présents pour leurs enfants.

Les conjoints prennent aussi de plus en plus d'importance dans la gestion de la maison, le ménage reste une activité féminine mais la cuisine et la gestion des courses devient une activité masculine[29, 49].

De manière semblable à ce que l'on retrouve dans la littérature[19, 22], divers aménagements domestiques tels que les femmes de ménage, aides à domicile

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

restent incontournables pour obtenir la meilleur qualité de vie personnelle et familiale et une fois les longues journées de travail terminées pouvoir se dédier à leur vie de famille. En revanche, l'implication masculine aux tâches domestiques est plus avancée en France. Chez nos confrères et sœurs espagnols[50], les tâches domestiques et éducationnelles restent très majoritairement féminines.

3.2.1. Place de l'enfant

100% des médecins du panel de l'étude étaient mères. Nous avons vu que les femmes modifiaient leur activité professionnelle, non sans difficulté, une fois la maternité atteinte. Leur épanouissement personnel passe par l'éducation et la présence auprès de leurs enfants[21]. Les femmes sont plus marquées par la culpabilité d'être absentes ou pas assez présentes selon elles dans leur rôle familial[51]. On retrouve que chez les femmes, l'indice de qualité de vie augmente en réduisant le temps de travail[21, 25] ce qui n'est pas le cas chez les hommes.

En accord avec d'autres études[21, 25], les reproches des enfants sont particulièrement marquants et amènent à modifier l'activité professionnelle.

Elles ont en moyenne deux enfants : 2.27, ce qui est nettement supérieur aux taux de fécondité national. Le taux de fécondité des femmes entre 30 et 40 ans étant compris entre 1,08 et 1, 97[52]. Même si la grossesse et la gestion de l'organisation familiale nécessitent une rigueur et des aides extérieures[34], on constate que leur activité professionnelle ne réduit pas leur envie de maternité.

3.2.2. Le temps pour soi

D'après l'étude de Vincendon[41], les femmes ont plus de difficultés que leurs confrères masculins à se donner du temps pour leurs loisirs et leur accomplissement personnel. Les salariés exprimaient de meilleurs niveaux de satisfaction que leurs confrères libéraux. Dans la présente étude, il s'agissait d'un facteur limitant la bonne perception de la qualité de vie. De la même manière que dans l'étude de Mathonnat[53], les médecins interrogées regrettaient de ne pas avoir plus de temps libre.

Dans notre étude, l'activité la plus facilement réalisable était l'activité physique. Elles essayaient toutes de se réserver des temps sportifs qu'elles considéraient comme libérateurs. La pratique de l'activité physique est reconnue par l'OMS, l'HAS et toutes les sociétés savantes[54] comme facteur protecteur contre les maladies physiques et psychiques.

Une étude suisse[55] montrait que les activités extraprofessionnelles étaient utilisées pour se préserver du stress professionnel ; activité physique, loisirs, contacts sociaux.

En revanche, dans l'étude, les médecins rapportaient peu de contacts sociaux. Certaines tentaient de participer à la vie de l'école de leurs enfants, les relations sociales étaient souvent des sorties en lien avec les enfants. En effet, on retrouve peu d'activités socioculturelles évoquées par les médecins interrogées.

4. Installées, mais dans quinze ans ?

4.1. Difficultés de projection

Les médecins interrogées rapportaient des difficultés à se projeter dans un avenir à moyen terme. Le Rapport Hubert[37] évoque la peur d'être durablement fixé dans un cabinet jusqu'à la retraite[13]. Cette notion n'est pas compatible avec la génération Y[6] qui revendique un travail polyvalent, même dans le domaine médical[42]. Pourtant il s'agit bien de médecine de premier recours ou chaque motif de consultation est différent et où le médecin jouit de cette richesse intellectuelle, d'une remise en question permanente et en tire une grande satisfaction[31]. Mais peut-on se projeter dans l'avenir ? Quelle est notre capacité de prospection ?

La médecine vit une crise globale liée aux mutations de la société moderne et doit évoluer sans quoi les médecins cesseront leur activité[24] et se tourneront vers d'autres métiers[10]. Les médecins se plaignent de lourdeur administrative qui leur réduit le temps médical, d'une dévalorisation de la profession, d'une trop faible rémunération par rapport au temps passé[3, 11] et à l'investissement, tant au niveau émotionnel qu'au niveau des responsabilités.

Les projets politiques concernant l'avenir de la médecine restent flous et les médecins de tous horizons s'inquiètent de leur avenir. Informatisation, uberisation, délégation de tâche, prévention…

Les médecins masculins et féminins aiment leur métier mais ont-ils les ressources pour "faire ça toute leur vie" ? Ne serait-ce pas une façon d'exprimer les doutes sur la société dans laquelle ils évoluent ? Alors quels sont les problèmes et comment les résoudre ?

4.2. Manque de ''re''valorisation

Selon les études sociologiques et même certaines médecins femmes pionnières et féministes renommées comme Carol Black au Royaume Uni[56] ou Monique Boivin au Québec[57], les modifications de temps de travail sont liées à la féminisation de la médecine et le médecin serait descendu de son piédestal parce que la nouvelle génération souhaite "vivre comme tout le monde"[23, 31, 58]. Serait-ce tant un mal ?

Catherine Genisson[59] déclarait :

« Je considère que la féminisation doit être pour notre société l'occasion de modifier le regard qu'elle porte sur l'organisation et le temps de travail ; les médecins ne sont pas dévoués corps et âme à leur profession. Or en aucun cas ce nouveau regard ne dénature la qualité de notre métier. Il s'agit d'une revendication forte et positive de la profession. »

Pourtant on connaît le mal-être croissant dans la profession, un taux de suicide très largement supérieur à la moyenne nationale (incidence de suicide de 14% chez les médecins libéraux versus 5.6% dans la population générale)[60]. Une thèse est en cours sur la santé des médecins en Loire-Atlantique avec le soutien de l'Assurance Maladie et du Conseil de L'Ordre. Elle devrait paraître dans l'année à venir, soutenue par L. Sauvegrain.

La France ne fait pas partie des pays où l'acte médical est financièrement très valorisé[62]. Certains pays comme la Suisse ou le Canada ont récemment revalorisé le prix des consultations et actes médicaux tout en salariant leurs médecins afin de maitriser les dépenses de Santé[43, 62]. En France, le "Pacte Territoire Santé" voudrait promouvoir la création de centres de santé avec

personnels soignants salariés. La fixité de la rémunération leur permettrait elle alors d'avoir plus de temps médical ou d'avoir moins de pression financière en réalisant plus de tâches administratives ? De récentes études montrent[63] que les médecins ont un degré de satisfaction professionnelle plus important lorsque le temps passé en tâches administratives diminue.

Sachant qu'un médecin salarié coûte 1.4 fois plus cher qu'un médecin libéral[8], le système serait il rentable ? Le rapport Hubert[37] établit un déficit structurel de 10 à 50 % dans ces centres de santé. Les exemples chez nos voisins francophones ne sont pas forcément des réussites. L'exemple canadien est proche de l'implosion[64, 65, 66].

Rien n'a changé depuis 2007 dans les aspirations des médecins. L'enquête réalisée pour le CNOM par l'institut de sondage BVA[67] confirmait les souhaits des médecins interrogées :

- trois attentes prioritaires dans le choix d'installation professionnelle :
    - l'épanouissement personnel et de sa famille
    - la possibilité d'exercer le mieux possible leur profession
    - une localisation compatible avec les attentes du conjoint
- dans une moindre mesure :
    - la relation avec les patients
    - l'environnement géographique.
- de manière anecdotique : les revenus et l'utilité sociale.

En 2011, les résultats de l'Enquête menée pour le CNOM montraient que les principales motivations à l'installation étaient l'indépendance professionnelle, le contact privilégié avec la patientèle et la gestion du temps[68].

Gestion de patientèle, gestion de cabinet, gestion du temps professionnel et familial, gestion familiale, gestion de l'épanouissement personnel. Autant de données non quantifiables dont l'équilibre est instable et nécessitent des remises à niveaux de manière récurrente pour durer de manière pérenne.

CONCLUSION

Aussi, comme dans les travaux de Martin[46], ou Zuber[69], les médecins interrogées étaient globalement satisfaites, ayant une bonne qualité de vie, au travail comme dans le domaine privé parce qu'elles s'en étaient donné les moyens. Elles avaient choisi une région attractive sur le plan économique où leurs conjoints pouvaient exercer leur métier et leurs enfants s'épanouir dans de bonnes conditions, quitte à ce qu'elles fassent des concessions professionnelles plutôt que de délaisser leur famille.

Plusieurs études pourraient compléter ce travail :

- On pourrait reproduire cette enquête territoriale dans des zones rurales ou à l'opposé, dans les grandes métropoles.

- Qu'en est-il de nos confrères masculins récemment installés ?

- Qu'en est-il de nos consœurs salariées ?

- Qu'en est-il des femmes de la génération Y ?

- Enfin, comme toute étude de satisfaction, il y a une forte subjectivité, il pourrait être intéressant de confronter ces témoignages à de nouveaux entretiens dans le futur.

BIBLIOGRAPHIE

1 - DRESS rapport 2016 sur les effectifs des médecins.
Consultable à l'URL: http://www.data.drees.sante.gouv.fr/

2 - Le Breton-Lerouvillois G. CNOM. Atlas de démographie médicale en France, Situation au premier Janvier 2015; 2015.

3 - Le Breton-Lerouvillois G. CNOM. La démographie médicale En région Pays-de-la-Loire. Situation en 2015; 2015.

4 - Article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 Août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises ou d'un médecin collaborateur; 2015.

5 - http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/bassin-de-vie.htm

6 - Petit M. Les attentes professionnelles des jeunes de la génération Y », Rapport présenté au Comité sectoriel de main-d'œuvre du commerce de l'alimentation, Montréal, HEC Montréal; 20/08/2008.

7 - Whoqol Group (Geneva). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (Whoqol). Quality Life Research; 1993, 2, pp. 153-159.

8 - Toussaint É. Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes. Nantes; 2013.

9 - SFMG. Le plaisir de comprendre, Consultable à l'URL :
http://www.sfmg.org/data/actualite/actualite_fiche/325/fichier_contraintes_qui_a_dit_contrainte466e1.pdf

10 - Menguy-Fleuriot A. Quelles professions peut-on exercer avec un diplôme de médecine générale ? Créteil; 2006.

11 - Bousson C. Enquête sur la rémunération des médecins généralistes, Besançon; 2013.

12 - Lambert V. L'installation : Un passage à l'âge adulte. Etudes des représentations des internes de médecine générale sur l'engagement et la responsabilité du médecin généraliste installé. Angers; 2014.

13 - Coliche T et Noël G. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale ? Etude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés Du Nord-Pas-de-Calais. Lille; 2013.

14 - Sling R. Importance relative des conditions d'exercice professionnel dans la décision d'accepter la succession d'un médecin généraliste, Poitiers; 2014.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

15 - Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. DREES; 2013.

16 - Blanchard T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. Poitiers; 2012.

17- Laila M. La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution : modélisation du besoin, de la prescription et suivi. Grenoble; 2009

18- Cypriani F, Télémédecine en 2014 : Enquête auprès des médecins libéraux français. Strasbourg; 2014

19 - Geffroy M, Baron C, Moulevrier P, Bouquet E, Fanello. Les femmes médecins généralistes et leur grossesse, une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire; 2010

20 - Dumontet M. Féminisation, activité libérale et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? : Analyses micro-économétriques de l'offre de soins. Economies and finances. Université Paris Dauphine - Paris IX; 2015. French. <NNT : 2015PA090023>

21 - Pichon-Pawelski M. Être mère et médecin généraliste : Est-ce compatible ? Enquête menée auprès des femmes médecins généralistes de Lorraine. Nancy; 2007.

22 - Houlbert C. Conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi Pyrénées. Toulouse; 2013.

23 - Loiselet-Doulcet B. La féminisation de la médecine générale, Etude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 A 1995. Brest; 2008.

24 - Ramos Da Cruz M. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes. Une analyse quantitative du phénomène. Grenoble; 2014.

25 - Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. Nancy; 2003.

26 - Frappé P. Initiation à la recherche FAYR-GP, ed. CNGE; 2011.

27 - Crowne D et Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology, Journal of Consulting Psychology; 1960. 24, 4, 349-354.

28 - Decorde A. Déterminants à l'installation en médecin générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin. Grenoble; 2011

29 - Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. Nantes; 2010.

30 - Veauvy C. L'Installation des jeunes médecins en zone rurale. Tours; 2014.

Rapport-Gratuit.com

31 - Boyoud-Ghidossi C. La féminisation de la médecine générale en pratique : du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. Médecine, humaine et pathologie; 2011. <dumas-00653562>

32 - Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la Santé n°157, IRDES; 2010.

Consultable à l'URL : http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf

33 - Yvon B, Lehr-Drylewicz A-M, Bertrand P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. 2007 ; 3(2):83-88. doi:10.1684/med.2007.0078.

34 - Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux, le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le CNOM; 2006.

35 - Barrais J, Fouassier V. L'exercice de la médecine générale au sein de groupes composés exclusivement de femmes : des spécificités ? Nantes; 2011.

36 - Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control and impaired general health : working conditions in a sample of Swedish general practitioners. Scand J Public Health; 2000.

37 - Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au Président de la République Française; 2010.

38 - Brugger E. Féminisation du corps médical : enquête auprès des femmes médecins généralistes du Bas-Rhin. Strasbourg; 2000.

39 - Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. Nantes; 2012.

40 - Chaney S. Etre mère constitue-t-il un frein à l'installation en médecine générale libérale? Rouen; 2011.

41 - Vincendon A. Une désaffection de l'exercice libéral pour une meilleure qualité de vie ? Étude comparative de la qualité de vie globale des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur mode d'exercice : libéral ou salarial. Lyon; 2016.

42 - Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste… ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) DREES Série Études et Recherches, Document de travail n°104; Février 2011.

43 - Meier L, Tschudi P, Meier C, Zeller A. Compatibilité entre travail et vie privée chez les médecins de famille suisses. PrimaryCare; 2013. 13(23), 409-11.

44 - Gross EB. Gender differences in physicians stress. J Am Med Women Assoc; 1992;47;107-12.

45 - Poisson S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. Poitiers; 2006.

46 - Martin A, Trombert-Paviot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine; 2008;4(2):89-93. doi:10.1684/med.2008.0239

47 - Le Feuvre N, Lapeyre N. Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France; 2004.

48 - Méda D. «Les conditions d'une paternité active», in Nicole-Drancourt C Dir. Conciliation travail-famille : attention travaux, L'Harmattan, coll. Logiques Sociales; 2009, p. 181-188.

49 - Fournier MA, Contandriopoulos AP, et al, Mesures d'attraction et de rétention des médecin en région éloignée : politiques adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à tirer pour le Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en Santé : Montréal; 2004.

50 - Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrel C, Fuentes M, Valls-Llobet C. Salud, estilos de vida y condiciones de trabajo de los médicos y médicas de Cataluña. Barcelona: Fundación Galatea; 2007.

51 - Le Feuvre N, N. Lapeyre. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? Enfances, Familles, Générations, Numéro 18; hiver 2013, p. 72-93.
http://id.erudit.org/iderudit/1014575ar DOI : 10.7202/1014575ar

52 - Taux de fécondité en France, INSEE; 2016.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02236

53 - Mathonnat MD, Filloux I, Tanguy G, Eschalier B, Pereira B, Vorilhon P. Qualité de vie des femmes médecins généralistes en Auvergne. La Presse Médicale; 2013. 42(10), e377-e384.

54 - The Lancet, dossier spécial activité physique et santé; 2012.
Consultable à l'URL: http://www.thelancet.com/series/physical-activity

55 - Bovier P, Bouvier Gallacchini M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premiers recours en Suisse. Primary Care; 2004 ;4 :Nr.47.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

56 - Reichenbach L, Brown H. Gender and academic medicine: impact on the health workforce. BMJ; 2004; 329: 792-795.
57 - Donglois M. L'actualité; 4 mars 2009. Consultable à l'URL : http://www.lactualite.com/sante-et-science/il-faut-stopper-la-feminisation-de-la-medecine/
58 - Cacouault-Bitaud M. La féminisation d'une profession est-elle le signe d'une baisse de prestige ? Travail, genre et sociétés; 2001; 1(5): 91-115.
59 - Ducloux M, Cohen BF. Dix-neuvième Jeudi de l'Ordre. Les filles d'Hippocrate : quand la médecine se féminise. Ordre National des Médecins; 2003.
60 - Léopold Y, Le suicide des médecins : expression ultime du burn-out ? CARMF 2006.
61 - Le cout moyen des consultations médicales dans 10 pays. http://fr.april-international.com/global/conseils-informations/infographie-le-cout-moyen-des-consultations-medicales-dans-10-pays.
62 - Loi du Québec : Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée, Québec, Canada; 10/11/2015.
63 - Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Le Panel de médecins généralistes en Bourgogne. Première enquête. Premier état des lieux. URML; 2014.
64 - Bulletin des AMPT – Numéro 6. Association Médicale Canadienne; 2014. Consultable à l'URL : https://www.cma.ca/Fr/Pages/ptma-newsletter-issue-6-2014.aspx
65 - http://www.journaldemontreal.com/2016/02/02/autopsie-dun-systeme-mal-en-point.
66 - Lamarche P. Comment va le système de santé québécois ? Revue vie économique, Volume 3, numéro 1; Septembre 2011.
67 - Sliman G, Audic Y, Périgois E. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, enquête BVA pour le CNOM; 2007.
68 - Le Breton-Lerouvillois G. CNOM. Démographie médicale française. Situation au 1er janvier 2011; 2011. p88
69 - Zuber F. « Jeunes installés et remplaçants en médecine générale » Regards croisés sur deux types d'exercice. Les déterminants du projet professionnel [Médecine]. Dijon; 2012.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux/mixtes 2

Figure 2 : Pyramide des âges des remplaçants en médecine générale 3

Figure 3 : Pyramide des âges - région Pays-de-la-Loire..... 4

Figure 4 : Bassin de vie de Saint-Nazaire..... 6

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Situation familiale et temps de trajet domicile-cabinet.....14

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS VII

RESUME 1

PREAMBULE 2

1. Etat des lieux démographiques en médecine générale
1.1. En France
1.1.1. Les médecins généralistes en activité
1.1.2. Les remplaçants
1.1.3. Densité médicale
1.2. Dans les Pays-de-la-Loire et en Loire-Atlantique
1.2.1. Les médecins généralistes en activité
1.2.2. Nouvelles installations et nouvelles inscriptions
1.2.3. Densité médicale
1.3. Bassin de vie de Saint-Nazaire

2. Définitions
2.1. Installation et Primo-installation
2.2. Bassin de vie
2.3. Les générations X et Y
2.3.1. La génération X
2.3.2. La génération Y
2.4. Qualité de vie

INTRODUCTION 9

MÉTHODES 11

1. Type d'étude d'étude
2. Population
2.1. Critères d'inclusion
2.2. Critères d'exclusion
2.3. Population finale

3. Entretiens
3.1. Lieux et dates
3.2. Elaboration du guide d'entretien
3.3. Déroulement, recueil de données

4. Analyse des données

RÉSULTATS 14

1. Caractéristiques de la population
2. Importance de la structure familiale au moment de l'installation
3. Mode de fonctionnement professionnel
3.1. Mode d'installation
3.2. Le "couple professionnel"
3.3. Savoir dire non

4. Mode de fonctionnement familial
4.1. Place du conjoint ou de l'enfant
4.2. Le partage des tâches

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

5. Le temps pour soi
6. Installées, mais dans 15 ans ?

DISCUSSION.....27

1. Discussion autour de la méthode
1.1. Choix de l'étude qualitative
1.2. Limites de l'étude
1.2.1. Biais de sélection
1.2.2. Biais de mesure
1.2.3. Biais d'interprétation
1.2.4. Intersubjectivité

2. Discussion autour de la qualité de vie professionnelle
2.1. Localisation du cabinet
2.2. Mode de fonctionnement professionnel
2.2.1. a. Un exercice médical partagé
2.2.2. Le "couple professionnel"
2.2.3. Temps de travail et importance de la construction familiale au moment de l'installation
2.3. d. S'organiser et savoir dire non

3. Discussion autour de la qualité de vie personnelle et familiale
3.1. Place du conjoint au niveau professionnel
3.2. Place du conjoint au niveau familial
3.2.1. Place de l'enfant
3.2.2. 4. Le temps pour soi

4. Installées, mais dans quinze ans ?
4.1. 1. Difficultés de projection
4.2. Manque de ''re''valorisation

CONCLUSION.....42

BIBLIOGRAPHIE.....43

LISTE DES FIGURES.....48

LISTE DES TABLEAUX.....49

TABLE DES MATIERES.....50

ANNEXES.....I

ANNEXES

Annexe 1 : Lettre d'information et de consentement

Merriel BURON
Coordonnées postales
Et web

Saint-Nazaire, le 10 Avril 2016

Madame,

Comme vous le savez, dans le cadre de ma thèse de médecine générale dont le directeur de thèse est le Dr Joseph Rousselot en co-direction avec le Professeur Jean François Huez, vous correspondez aux critères de sélection pour participer à une enquête visant à évaluer la qualité de vie des médecins généralistes femmes.

L'objet de mon étude est de déterminer votre perception de votre qualité de vie et l'équilibre que vous avez su trouver entre votre exercice professionnel et votre organisation personnelle.

L'entretien auquel vous consentez à participer sera composé de questions ouvertes. Les idées et points de vue recueillis seront transcrits, répertoriés et classés. L'ensemble des données et idées seront anonymisées et seront utilisées exclusivement dans le but de l'étude en vue de ma thèse.

Vous remerciant par avance de votre participation.

Bien confraternellement,

Merriel BURON

Annexe 2 : TRAME D'ENTRETIEN

1 - Est ce que vous pouvez me raconter comment s'est passée votre installation ?

2 - Comment organisez-vous votre temps ?

3 - Qu'est ce que vous ramenez à la maison ?

4 - Comment gérez-vous vos loisirs ?

5 - Comment qualifieriez-vous votre qualité de vie professionnelle ?

6 - Comment qualifieriez-vous votre qualité de vie personnelle ?

7 - Quel équilibre avez vous su trouver entre votre vie pro et votre vie personnelle ?

8 - Quelle est la principale difficulté ?

9 - Comment l'améliorer ?

10 - Et si c'était à refaire ?

11 - Dans quinze ans, où est ce que vous serez ?

12 - Autre chose à dire ?

BURON-NADAL Merriel

Etude sur la qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de vie de Saint-Nazaire

RÉSUMÉ

Introduction : Malgré de multiples débats sur le mal-être des médecins, le maillage du territoire en soins primaires ou les nouvelles modalités d'exercice, les femmes constituent une proportion significative parmi les nouvelles installations en médecine générale libérale.

Sujets et Méthodes : Etude de la perception de la qualité de vie et des motivations des médecins généralistes femmes installées récemment, équilibre entre leur exercice professionnel et leur vie privée.
Enquête par entretiens semi-dirigés, dans le bassin de vie de Saint-Nazaire, auprès des médecins généralistes femmes installées entre 2010 et 2014 en soins primaires. 16 médecins ont été incluses.

Résultats : 15 femmes, âgées de 32 à 56 ans avec une moyenne d'âge de 37 ans, ont pu être interrogées. Toutes étaient mères de famille.
Toutes avaient décidé d'exercer en cabinet de groupe pour mieux assurer la permanence des soins et partager les charges jugées très lourdes. Toutes avaient limité leur activité : 6 entre 4 et 4,5 jours par semaine, 9 à mi-temps dont 7 en binôme partageant patients et bureau.
L'accompagnement par leur conjoint était fondamental ainsi qu'une organisation familiale stricte. Elles privilégiaient la sphère familiale parfois aux dépens de leur sphère personnelle. Malgré certains regrets, elles en étaient globalement satisfaites car la sphère familiale était essentielle pour elles.
Par ailleurs, elles n'étaient pas, pour la majorité, capables de se projeter dans l'avenir ; par manque de visibilité sur les choix personnels à venir et sur l'avenir de la profession.

Conclusion : Les médecins interrogées étaient globalement satisfaites au travail comme dans le domaine privé parce qu'elles s'en étaient donné les moyens. Elles préféraient faire des concessions professionnelles plutôt que de délaisser leur famille.

Mots-clés : qualité de vie, médecine générale, femme, famille, installation, Loire-Atlantique

Survey of women's quality of life having achieved a primary settlement in general practice between 2010 et 2014 in the Saint-Nazaire area

ABSTRACT

Introduction : Despite multiple debates on the ill-being of doctors, the territorial grid of primary care or new ways of practicing, women constitute a significant proportion of new settlements in private general medicine.

Subject & Methods : Study of the perception of the quality of life and the motivations of women general practitioners recently installed and of balance between their professional and private lives.
Investigation through semi-structured interviews, in the Saint-Nazaire area, from practitioners installed women between 2010 and 2014 in primary care. 16 doctors were included.

Results : 15 women, aged 32 to 56 years old with an average age of 37, could be questioned. They were all mothers. All had chosen group practice to ensure better continuity of care and to share expenses considered to be very heavy. All had limited their activity: 6 between 4 and 4.5 days per week, 9 part-time of which 7 in pairs sharing patients and office.
Assistance by their spouse was essential as well as a strict family organization. They favoured their family sometimes at the expense of their personal sphere. Despite some regrets, they were generally satisfied because the domestic sphere was essential for them.
Moreover, most of them were not able to project into the future due to a lack of visibility on the coming personal choices and on the future of the profession.

Conclusion : Surveyed physicians were generally satisfied as well in their professional practice as in their private life because they had established the means to succeed. They preferred to make professional concessions rather than abandon their families.

Keywords : quality of life, woman, general practitioner, family, installation, Loire-Atlantique

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES