

Étude originale

Maha Siblini¹,
Béatrice Trombert Paviot²,
Bastien Laval¹

¹Université Jean-Monnet
Faculté de médecine Jacques-Lisfranc
Département de médecine générale
Campus santé innovations
42270 Saint-Priest-en-Jarez
France

siblinimaha@gmail.com

²CHU de Saint-Étienne
Hôpital Nord
Service de santé publique
42270 Saint-Priest-en-Jarez
France

Tirés à part : M. Siblini

L'exercice salarié apporte-t-il une meilleure qualité de vie, privée et professionnelle ?

Résumé

La médecine générale évolue et la qualité de vie constitue l'un des premiers critères de choix professionnel, ce qui relève d'un effet de genre et de générations. L'attrait pour l'activité salariée continue de s'accroître au détriment de l'installation en libéral avec des répercussions considérables sur l'avenir du système de santé. Cette étude quantitative, réalisée en 2017 dans la Loire, tente de savoir si l'exercice salarié améliore la qualité de vie privée et professionnelle des médecins généralistes.

• Mots clés

généraliste ; qualité de vie.

Abstract. Does the salaried exercise bring a better quality of life, private and professional?

General medicine is evolving and quality of life is one of the main criteria for career choice, which is a gender and generational effect. The attractiveness of salaried activity continues to grow at the cost of establishing a private practice with significant implications for the future of the healthcare system. This quantitative study, carried out in 2017 in the Loire district, aims to know if the salaried positions improve one's private and professional quality of life among GPs.

• Key words

general practice; quality of life.

DOI: 10.1684/med.2019.415

Contexte

Au cours des dernières années, la démographie médicale est devenue un enjeu majeur. Il existe une inquiétude liée au manque d'installation en milieu libéral des jeunes médecins dès la fin de leurs études [1]. Le vieillissement de la population des médecins généralistes pourrait se traduire par la perte d'un médecin sur quatre sur la période 2007-2025. Pourtant seuls 10,8 % des médecins généralistes s'installent en libéral à leur première inscription à l'Ordre et l'âge moyen d'installation est actuellement de 37 ans [2].

Au cours des dix dernières années, la part de médecins salariés a augmenté de 5,3 % tandis que la part de médecins libéraux a reculé de 13,5 %. Enfin, 20 % des généralistes abandonnent leurs pratiques libérales une vingtaine d'années seulement après s'être installés [3]. Cette tendance pourrait conduire à repenser le système de santé et le parcours de soin actuel.

Dans une étude récente, 70 % des étudiants en médecine ont déclaré que la qualité de vie était une source de motivation pour leur avenir. Les attentes ont changé avec la nécessité de pouvoir équilibrer vie professionnelle, vie familiale et vie sociale [4]. « Une bonne qualité de vie se caractérise donc par un sentiment de bien-être, une intégration sociale satisfaisante et un bon état physique et psychologique » en accord avec la définition de l'OMS : « La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, mais un état total de bien-être physique, mental et social » [5]. De même, malgré l'existence de nombreuses échelles d'évaluation, le terme de qualité de vie au travail n'existe pas ou peu en tant que tel dans la littérature. La Haute Autorité de Santé (HAS) a évalué que la qualité de vie au travail était surtout liée aux conditions de travail (nombres d'heures, organisation du temps de travail...) [6].

Peu d'études se sont jusqu'à présent intéressées au vécu quotidien de ces médecins généralistes salariés et libéraux, leur qualité de vie privée et professionnelle, leur moral, leurs conditions d'exercice, l'organisation de la famille et leurs loisirs. Cette enquête paraît avoir un intérêt dans ce contexte actuel de désintérêt croissant de l'exercice libéral au profit du salariat.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la différence de qualité de vie entre le fait d'exercer en libéral ou d'être salarié. L'objectif secondaire consistait à identifier l'influence d'autres facteurs comme le genre, l'âge ou le temps de travail.

Méthodes

Cette étude observationnelle quantitative descriptive transversale a eu lieu dans le département de la Loire de juin 2017 à avril 2018.



Parmi les 1 137 médecins diplômés en médecine générale exerçant dans la Loire (Conseil départemental de l'Ordre, juillet 2016), 704 (61,9 %) étaient des libéraux et 433 (38,1 %) des salariés en centre de santé ou hospitalier. Les médecins à mode d'exercice particulier ont été exclus. Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé pour un risque alpha de 5 %, une puissance de 90 % et une différence attendue de score de qualité de vie de 1/10, afin d'obtenir une estimation des effectifs nécessaires. Pour tenir compte d'un taux de non-réponses de 30 %, 100 médecins ont finalement été sollicités dans chaque groupe, salarié et libéral, après tirage au sort.

Le questionnaire anonyme s'est articulé autour de quatre grands axes :

- description de la population (genre, âge, situation familiale) ;
- vie professionnelle et familiale (charge de travail, gestion professionnelle et vie familiale) ;
- mode de vie (vacances, sport, loisirs et tabac) ;
- score de satisfaction personnelle qui a été évalué au moyen de trois échelles de satisfaction allant de 1 (très mauvais) à 10 (très bon).

Le temps de remplissage a été estimé à dix minutes et certains items du questionnaire ont pu être améliorés auprès de trois médecins salariés et trois libéraux non inclus dans l'étude. Les questionnaires ont été envoyés par voie postale le 12 juin 2017. L'ensemble des praticiens sollicités ont reçu un courrier comprenant une lettre explicative, un feuillet du questionnaire recto verso et une enveloppe pré-affranchie pour le retour de la réponse. Une relance téléphonique a été faite trois semaines plus tard. Les questionnaires reçus ont été saisis et les réponses comparées entre salariés et libéraux par des tests statistiques univariés au moyen du logiciel SAS[®]. Toutes les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et écarts-types en utilisant les tests *t* de Student, les données qualitatives

par leurs fréquences et pourcentages au moyen du test du Chi² et test de Fisher en cas de petits effectifs. Les intervalles de confiance ont été calculés pour un risque alpha à 0,05 avec « $p < 0,05$ » considéré comme statistiquement significatif.

Résultats

Taux de réponse

Les résultats ont été produits grâce aux 140 réponses sur 200 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse global de 70 %. Avec 75 % de réponses chez les médecins généralistes libéraux contre 65 % pour les salariés (*tableau 1*).

Vie professionnelle

Les libéraux travaillaient en moyenne plus longtemps que les salariés. Les médecins effectuant un nombre d'heures plus important étaient plus âgés en moyenne ($p = 0,01$). Les femmes travaillaient moins que les hommes, 40,9 heures de travail hebdomadaire *versus* 48,3 heures pour les hommes tous groupes confondus ($p < 10^{-4}$). En comparant le temps de travail selon le type d'exercice et en ajustant sur le genre, il n'existait plus de différence significative du temps de travail entre salariés et libéraux.

Les salariés étaient plus nombreux que les libéraux à n'effectuer aucune garde, mais le résultat pour le nombre de gardes par an était difficilement interprétable en raison du trop grand écart-type dans la population salariée, en grande partie lié au nombre important de gardes chez « SOS médecin » dans ce groupe (*tableau 2*).

• **Tableau 1.** Description de la population de l'étude.

Population	Total (n = 140)	Libéral (n = 75)	Salarié (n = 65)	p
<i>Âge moyen</i>	49,5 [47,7 ; 51,3]	50,8 [48,3 ; 53,2]	48 [45,3 ; 50,6]	NS
Moins de 45 ans	32,9 % (46)	26,6 % (20)	40 % (26)	NS
Entre 45 et 55 ans	26,4 % (37)	26,6 % (20)	26,1 % (17)	
Plus de 55 ans	40,7 % (57)	46,6 % (35)	33,8 % (22)	
<i>Femmes</i>	56 % (79)	40 % (30)	75,4 % (49)	< 10 ⁻⁴
<i>Vie en couple</i>	86,4 % (121)	94,7 % (71)	76,9 % (50)	< 0,02
<i>Avec enfants</i>	92 % (129)	89,3 % (67)	95,4 % (62)	NS
1 enfant	7,9 % (11)	10,7 % (8)	4,6 % (3)	
2 enfants	42,9 % (60)	36 % (27)	50,8 % (33)	
3 enfants et plus	40,7 % (57)	42,6 % (32)	38,5 % (25)	
<i>Lieu d'exercice</i>				
Rural	11,5 % (16)	16 % (12)	6,5 % (4)	0,0008
Urbain	54,7 % (76)	40 % (30)	71,9 % (46)	
Semi-rural	33,8 % (47)	44 % (33)	21,9 % (14)	

• **Tableau 2.** Comparaison des critères professionnels selon le mode d'exercice.

Vie professionnelle	Total (n = 140)	Libéral (n = 75)	Salarié (n = 65)	p
Temps de travail partiel	17,1 % (24)	17,3 % (13)	16,9 % (11)	NS
Pas de secrétariat	18 % (25)	25,3 % (19)	9,4 % (6)	0,005
Pas de gardes	43,6 % (61)	28 % (21)	61,5 % (40)	< 10 ⁻⁴
Temps de travail hebdomadaire [IC]	44,1 [42,3 ; 45,9]	46,4 [44 ; 48,8]	41,5 [38,8 ; 44,1]	0,008

Habitudes de vie

Les médecins ont déclaré qu'ils prenaient en moyenne 6,5 semaines de vacances par an : 6,2 semaines pour les salariés *versus* 6,8 pour le groupe libéral sans différence significative entre les deux groupes. Une corrélation positive a été constatée entre le nombre de semaines de vacances par an et le moral.

Par ailleurs, 72,1 % des médecins pratiquaient une activité sportive ou un loisir et y consacraient plus de temps pendant la semaine : 2,2 heures en moyenne contre 1,7 heures le week-end sans différence significative entre salariés et libéraux. Une association a été retrouvée entre le temps consacré aux activités sportives et loisirs et un meilleur niveau de moral, de qualité de vie privée et professionnelle.

Les médecins consacraient en moyenne une heure et 44 minutes par jour aux enfants (12 minutes de plus par jour pour les salariés sans différence significative). Les jeunes médecins passaient plus de temps avec les enfants dans les deux groupes ($p = 10^{-4}$).

Enfin, 7,8 % des médecins fumaient de façon régulière sans différence significative entre les salariés (9,2 %) et les libéraux (6,7 %). Les médecins fumeurs présentaient un niveau de moral plus bas, 5,8/10 *versus* 7,2/10 ($p = 0,007$).

Niveau de satisfaction

Il n'existait pas de différence de qualité de vie professionnelle entre les deux groupes ni en fonction du sexe,

de l'âge ou de la situation familiale. Seul le temps consacré aux activités (en semaine) influençait positivement la satisfaction professionnelle ($p = 0,03$).

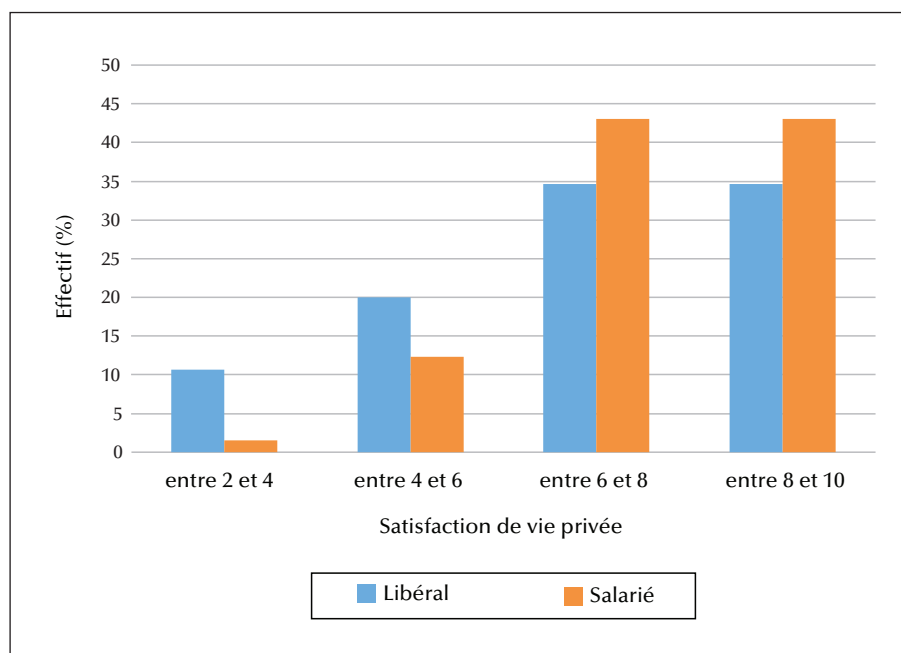
Des facteurs impactaient négativement la vie professionnelle : la charge de travail était mentionnée par 56,9 % des salariés contre 34,7 % des libéraux ($p = 0,01$). Les libéraux, quant à eux, s'avéraient plus nombreux à être insatisfaits des charges administratives trop lourdes (73,3 % ; $p = 0,002$) et de la pression exercée par les patients (60 % ; $p < 10^{-4}$) avec une différence significative dans les deux groupes.

Très peu estimaient que le stress, le nombre de gardes, la difficulté à trouver un remplaçant ou le défaut de proximité des structures sanitaires étaient des facteurs impactant la vie professionnelle, sans différence significative entre les deux groupes (*tableau 3*).

Le score de qualité de vie privée était plus élevé chez les salariés. Il n'existait pas de différence significative de vie privée selon l'âge, le sexe ou la situation familiale. Seules les activités pratiquées en semaine influençaient positivement le niveau de satisfaction ($p = 0,06$). Les médecins effectuant plus d'heures étaient moins satisfaits de leur vie privée ($p < 10^{-4}$). Le retentissement sur la vie privée était perçu différemment par les salariés et les libéraux : 78,7 % des libéraux estimaient que leur profession avait un retentissement sur la vie privée contre 53,8 % des salariés ($p = 0,002$). Il n'existait pas de différence pour le niveau de moral dans les deux groupes, mais le fait de travailler plus ($p = 0,02$) et le tabac impactaient négativement le moral (*figure 1*).

• **Tableau 3.** Échelle de satisfaction de vie professionnelle, privée et de moral selon le mode d'exercice.

Échelle de satisfaction (/10)	Total (n = 140)	Libéral (n = 75)	Salarié (n = 65)	p
<i>Vie professionnelle</i>				NS
Moyenne [IC]	7,2 [7 ; 7,6]	7,1 [6,7 ; 7,5]	7,4 [7,1 ; 7,7]	
Médiane	7,5	7,4	7,6	
<i>Vie privée</i>				0,003
Moyenne [IC]	7,2 [6,9 ; 7,5]	6,8 [6,3 ; 7,2]	7,7 [7,3 ; 8,1]	
Médiane	7,4	7	7,7	
<i>Moral</i>				NS
Moyenne [IC]	7,2 [6,9 ; 7,5]	7,1 [6,6 ; 7,5]	7,4 [7,1 ; 7,8]	
Médiane	7,4	7,3	7,5	



• Figure 1. Niveau de satisfaction de la vie privée des médecins selon l'activité (n = 140).

Discussion

Le taux de réponse global de 70 % a montré que les médecins généralistes de la Loire portaient de l'intérêt à leur qualité de vie et à leurs conditions d'exercices. L'échantillonnage a été fait par tirage à sort aléatoire pour permettre une bonne représentativité de la population retenue. On retrouvait un biais de sélection lié aux non-réponses dont le motif reste inconnu : aurait-il pu faire varier le score de qualité de vie ?

Il faut admettre un biais de mesure de la qualité de vie, difficile à objectiver et qui peut varier en fonction de la période de réponse au questionnaire. Il existait un biais potentiel lié à l'avis des investigateurs, mais il a été minimisé par une formulation simple, courte et neutre de chaque question pour ne pas induire les réponses. La majorité des questions étaient fermées, ce qui donnait un comparateur plus fiable avec quelques questions ouvertes pour obtenir des précisions.

Les facteurs socioéconomiques tels que l'âge, le sexe, le nombre d'enfants, et le statut familial ont été pris en compte. Ceci a permis d'étudier l'impact du mode d'exercice sur la qualité de vie indépendamment d'autres variables.

Les femmes représentaient 56 % de la population de notre échantillon soit une surestimation par rapport à la population nationale qui était composée de 46 % de femmes généralistes, tous modes d'exercice confondus en 2016 [3]. Les femmes étaient bien plus représentées dans le groupe salarié ($p < 10^{-4}$). Cette tendance était retrouvée dans les données de plusieurs enquêtes, avec une accélération de la féminisation de médecine générale et

une sur-représentation des femmes dans le salariat, hospitalier et non hospitalier [7]. Une étude réalisée en 2006 auprès des généralistes hommes et femmes de la Loire n'avait pas mis en évidence de différence de satisfaction de vie globale liée au sexe avec une moyenne de 6,4/10 [8]. Le sexe n'influait aucun score de qualité de vie dans l'échantillon de notre étude malgré un nombre plus important de femmes dans le groupe salarié.

L'âge moyen des médecins sélectionnés était de 49,5 ans, légèrement inférieure à la moyenne nationale de 52 ans [3]. Les salariés étaient moins âgés (48 ans) que les libéraux (50,8 ans) et plus nombreux dans le groupe « moins de 45 ans », 40 % contre 26,6 % pour les libéraux sans différence significative. L'âge n'influait ni les scores de qualité de vie ni le moral dans la population sélectionnée.

Les médecins salariés exerçaient majoritairement en milieu urbain (71,9 %), et ceci de manière significative, ce qui était attendu face à la localisation géographique des centres qui emploient les médecins salariés. Une étude réalisée en Lorraine n'avait pas montré d'influence du milieu d'exercice sur la qualité de vie [9]. L'inégalité de répartition de notre population n'impactait pas les résultats de l'étude.

Deux modes d'exercice très différents

Les libéraux effectuaient en moyenne plus d'heures que les salariés. Le résultat retrouvé chez les médecins libéraux (46,4 heures par semaine) était plus faible que la moyenne nationale de 57 heures par semaine [10]. Cette différence peut être liée à la séparation, dans notre étude, du nombre d'heures hebdomadaires de celui des gardes.

Il a été mis en évidence que le fait de travailler plus aurait un impact négatif sur la qualité de vie privée, ce qui était concordant avec de nombreuses études ; notamment la sixième enquête européenne sur les conditions de travail dans laquelle les personnes travaillant moins de 30 heures par semaine montraient un taux élevé de satisfaction à l'égard de leur équilibre vie-travail. À l'inverse, plus de 40 % de ceux qui travaillaient plus de 40 heures par semaine déclaraient que leurs horaires de travail ne s'accordaient pas bien avec leurs engagements sociaux et familiaux [11]. Par ailleurs, la proportion de généralistes libéraux à effectuer des gardes et ne possédant pas de secrétariat (physique ou téléphonique) était bien plus importante que dans le groupe salarié. L'étude de la DRESS avait mis en évidence que les tâches de gestion et de secrétariat accentuaient le temps passé au cabinet (quatre heures en moyenne par semaine) [10]. Les conditions d'exercice des libéraux influençaient leur temps de travail et par conséquent leur qualité de vie.

Par ailleurs, comme dans d'autres études [7, 10], les femmes déclaraient un temps de travail hebdomadaire plus faible que les hommes. Ceci explique une moindre durée de travail dans le groupe salarié puisqu'il était composé de plus de femmes. En comparant le temps de travail selon le type d'exercice et en ajustant sur le genre, il n'existait plus de différence entre libéraux et salariés.

De nombreux points communs sur la vie privée

Même temps consacré aux enfants dans les deux groupes pour un nombre d'enfants similaire par tranches d'âges, même fréquence pour le sport et les loisirs, même proportion de semaines de vacances par an.

Pour la vie en couple, les généralistes libéraux étaient significativement plus nombreux à vivre en couple. Il n'a pas été mis en évidence de différence sur les échelles de qualité de vie ou de moral corrélée au fait d'être en couple. Pourtant selon l'Insee, être en couple semblerait augmenter le bien-être : « *une personne en couple a 1,6 fois plus de chance de se déclarer plus satisfaite dans la vie qu'un célibataire* », mais « *est-on plus heureux parce que l'on est en couple ?* » ou bien « *la satisfaction dans la vie augmente-t-elle la probabilité d'être en couple ?* ». Godefroy [12] précisait que les données ne permettaient pas de conclure. Le lien entre libéraux et vie en couple renseigne ici une information intéressante. On peut conclure par notre étude que le fait d'être en couple n'augmentait pas la satisfaction dans la vie et vice-versa.

L'étude dénombrait seulement 7,8 % de fumeurs chez les généralistes de la Loire sans différence entre les deux groupes. La prévalence du tabagisme connaît une forte baisse chez les médecins généralistes en France. Vingt-neuf pour cent des médecins généralistes déclaraient fumer quotidiennement en 2003 contre 14 % en 2015 selon une enquête de santé publique France [13]. Il existait une corrélation significative entre la consommation tabagique et un niveau de moral plus bas.

Satisfaction

Les médecins généralistes salariés de la Loire déclaraient une meilleure satisfaction de vie privée que les libéraux, avec un score moyen de 7,7/10 ($p=0,003$), mais il n'existait pas de différence significative sur le plan professionnel, comme dans une autre enquête réalisée en 2016 où les salariés montraient une plus grande satisfaction personnelle et pas de différence majeure concernant la qualité de vie au travail. Malgré cette différence, les médecins généralistes libéraux et salariés de la Loire seraient globalement satisfaits de leur qualité de vie avec un score global de 7,2/10. Ce résultat est à peu près similaire à l'étude en Rhône-Alpes qui retrouvait un score de 7,5/10 [14]. Cependant, les libéraux étaient plus nombreux (78,7 %) à être déçus de l'impact de leur vie professionnelle sur leur vie privée. Cela traduit une insatisfaction déjà constatée, par exemple, en Rhône-Alpes où 70,6 % des libéraux exerçant en milieu urbain et 50,9 % exerçant en milieu rural jugeaient que leur profession avait un retentissement négatif sur la vie familiale [8]. Le taux de déception retrouvé chez les médecins était bien supérieur à celui de la population française puisque 37 % considéraient en 2016 que la conciliation vie professionnelle et vie privée s'était détériorée [15].

Par ailleurs, un médecin salarié sur deux de notre enquête a répondu avoir pratiqué une activité libérale antérieure. En plus de l'attrait pour le salariat chez les jeunes générations de médecins, de nombreux libéraux se réorientent. Cela traduit une insatisfaction de la médecine libérale. En Île-de-France, 7 % des généralistes libéraux évoquaient un changement du mode d'exercice, 17 % une réduction de leur activité libérale, 7 % une retraite et 3 % un abandon de la profession [16]. Dans une enquête suisse, 18 % des médecins de premier recours interrogés ne seraient pas à nouveau médecins « *si c'était à refaire* » et 20 % choisiraient une autre spécialité médicale [17].

Les médecins généralistes ont fait part des difficultés pratiques concernant la qualité de vie professionnelle. Pour les libéraux, il s'agissait principalement des charges administratives, jugées trop lourdes et de la pression exercée par les patients. Ils n'étaient que 34,7 % à avoir sélectionné la charge de travail contre 56,6 % des salariés. Ces résultats amènent à penser que l'ensemble des gestions administratives et la pression exercée par les patients impactent l'exercice professionnel chez les libéraux de notre échantillon, bien plus que la charge de travail en elle-même. Très peu de médecins ont répondu que le stress, le nombre de gardes, la difficulté à trouver un remplaçant impactaient la vie professionnelle.

Conclusion

Le système de santé connaît depuis quelques années une baisse inquiétante du nombre de médecins généralistes en activité libérale avec une répercussion considérable sur l'accès aux soins et les effectifs des médecins salariés



Pour la pratique

- Les attentes des médecins par rapport à leur métier évoluent et l'avenir du système en dépend.
- Depuis 2007, une série de mesures ont été mises en place pour améliorer l'installation des médecins (en priorité dans les zones fragiles) et ainsi pallier le déclin de l'activité libérale. Peut-être devraient-elles davantage prendre en considération l'attrait pour le salariat qui semble offrir des conditions de travail adaptées aux futures générations de médecins et penser notamment à une médecine salariée de premier recours.

continuent d'augmenter au détriment de la médecine libérale.

La qualité de vie est désormais l'un des premiers critères du choix de carrière professionnelle et l'une des

principales sources de motivation. Les jeunes générations de médecins, majoritairement composées de femmes, sont de plus en plus attirées par le salariat qui offre une protection juridique et sociale ainsi qu'une moindre contrainte de gestion administrative et l'absence de charges (URSSAF, CARMF, charges du cabinet, du secrétariat, etc.).

Dans notre étude, on retrouvait cette tendance actuelle et future du système de soins. Au regard de notre enquête, l'activité salariée semblait apporter une meilleure qualité de vie privée même si les résultats sont similaires pour la vie professionnelle et le moral.

~**Remerciements** Brice Mounier, Wissam Sibli et Jad Sibli pour leur aide apportée dans l'élaboration de ce travail.

~**Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

- Dupuis C. Élection présidentielle 2012, le PS veut des jeunes médecins en zone rurale. *Le Quotidien du médecin* 2011 ; 8939 : 3.
- Hubert E. Rapport du docteur Élisabeth Hubert : mission de concertation sur la médecine de proximité. La Documentation française, 2011 (consulté le 03/02/2019) <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622.pdf>
- CNOM. *Atlas de la démographie médicale en France au 1^{er} janvier 2016*. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf (consulté le 03/02/2019).
- Stethos. Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir. 2017 (consulté le 03/02/2019) <http://www.grouperandstad.fr/wp-content/uploads/2017/02/cp-appel-medical-search.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. *Principes de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. p. 1. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1> (consulté le 03/02/2019).
- HAS. Qualité de vie au travail et qualité des soins. 2016, Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf (consulté le 03/02/2019).
- Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. *Socio/Prat* 2007 ; 1 (14) : 19-30.
- 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.
- Thiebaud 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* [thèse d'exercice. Médecine]. Nancy 1, 2003.
- Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes.. *DRESS Études et Résultats* 2012 ; 272 : 8.
- Parent-Thirion A, Biletta I, Cabrita J, et al. Sixth European Working Conditions Survey – Overview report. Publications Office of the European Union, 2016, doi : 10.2806/422172.
- Godefroy P. Satisfaction dans la vie : les personnes se donnent 7 sur 10 en moyenne. *Econ Stat* 2014 ; 469-70 : 199-232.
- Andler R, Guignard R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Tabagisme des professionnels de santé en France. Paris : Santé publique France, 2017.
- Lemaignan E. *La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Rhône-Alpes* [thèse d'exercice. Médecine]. Lyon 1–Claude-Bernard, 2017.
- Ahrendt D, Anderson R, Dubois H, et al. European Quality of Life Survey 2016: quality of life, quality of public services and quality of society. Publications Office of the European Union, 2018, doi : 10.2806/964014.
- Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. *Medecine* 2006 ; 2 (5) : 223-8.
- Bovier P, Bovier Gallacchini M, Goehring C, Künzi B. Santé des médecins de premiers recours en Suisse. *Prim Care* 2004 ; 4 (47) : 940-7.