

Michel Bismuth, Jordan Birebent,  
Damien Driot, Bastien Antoine,  
Jean Christophe Poutrain,  
Julie Dupouy, Stéphane Oustric

Université Toulouse III – Paul Sabatier,  
Faculté de médecine de Toulouse,  
Département Universitaire de Médecine  
Générale (DUMG), 133 route de Narbonne,  
31000 Toulouse, France

michel.bismuth@dumg-toulouse.fr

Correspondance : M. Bismuth

### Résumé

Le contexte actuel de crise des Soins premiers, combiné aux nouvelles aspirations et responsabilités familiales des praticiens, sont à l'origine d'une pénurie en acteurs des soins de premier recours. Pour solutionner cette problématique, une nouvelle dynamique tend à s'intéresser aux aspects « positifs » de la Médecine générale. Pour cela il est important d'identifier les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes libéraux français, favorisant leur maintien dans la profession.

### • Mots clés

satisfaction au travail ; médecins généralistes.

**Abstract.** The factors of professional satisfaction favoring the retention in the profession of French liberal general practitioners. Systematic review of the literature

The current context of the crisis of primary care, combined with new aspirations and family responsibilities of practitioners, are causing a shortage of actors in primary care. To solve this problem, a new dynamic tends to focus on the "positive" aspects of General Medicine. For that, it is important to identify the factors of professional satisfaction of French liberal general practitioners, favoring their maintenance in the profession.

### • Key words

job satisfactions; general practionners.

DOI: 10.1684/med.2019.425

# Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français

Revue systématique de la littérature

## Introduction

En France, la médecine générale a été définie comme « Spécialité » en 2002. Selon différents rapports ministériels, elle est vouée à occuper une place centrale dans le système de soins, plusieurs études ayant démontré qu'un système de santé basé sur les Soins primaires serait plus efficient et à un moindre coût [1, 2]. Pourtant, depuis quelques années, et de manière internationale, la Médecine générale est dite « en crise » [3].

Une large littérature reprend les principales origines de ce malaise : dégradation de la relation médecin-patient ; effritement de la reconnaissance sociétale ; sentiment de perte d'autonomie professionnelle ; charge de travail trop conséquente, ne permettant pas un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée ; majoration de la charge administrative ; manque de rétribution financière [4, 5].

De manière concomitante et logique, nous assistons à une crise démographique en acteurs des soins de premiers recours. En effet, alors que le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi élevé, les effectifs de médecins généralistes libéraux, eux, se sont appauvris de près de 10 % en dix ans. Cet élément aggrave encore la charge de travail déjà subie par ces derniers [6].

Si le contexte actuel de la médecine générale paraît étrié, les projections démographiques, concernant la profession, pour les années à venir ne sont guère plus rassurantes. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), qui réalise régulièrement des projections des effectifs médicaux, prévoit, selon un scénario « tendanciel »<sup>1</sup>, un recul de 9,5 % du nombre de médecins généralistes libéraux français sur les dix ans à venir. Ces effectifs ne retrouveraient leurs niveaux de 2015 qu'aux alentours de l'année 2035 [7, 8].

<sup>1</sup> Le scénario « tendanciel » repose sur l'hypothèse de comportements constants des médecins. (choix de la région, du mode ou de la zone d'exercice des jeunes médecins à l'entrée dans la vie active..).

Les médecins de demain ne seront pas ceux d'hier et la nouvelle génération de médecins généralistes a ses propres caractéristiques. Elles ne sont pas spécifiques à la profession, mais découlent d'évolutions sociétales plus générales [9, 10], à savoir des aspirations nouvelles à une certaine qualité de vie par les jeunes générations d'adultes [11], une évolution des schémas familiaux, secondaire à l'entrée des femmes sur le marché du travail [9]. La persistance d'une répartition « classique » des tâches dans les couples d'actifs, est illustrée par la priorité encore majoritairement donnée à la carrière des hommes sur celle de leur compagne, celles-ci restant les « référentes » des tâches domestiques [12, 13].

Que ce soit secondaire au contexte actuel de la profession, aux récentes aspirations de qualité de vie des omnipraticiens, ou aux nouvelles responsabilités domestiques qui s'imposent à eux, ces derniers optent aujourd'hui plus facilement pour un autre mode de pratique (remplacements, salariat) que celui de l'installation en cabinet libéral [7, 12]. Certains font néanmoins ce choix.

Dans ce contexte contraint, il paraît alors nécessaire de bien réfléchir à son installation, son mode de fonctionnement ou encore sa façon d'exercer. Pour prendre la mesure de cette impérativité, il suffit de se pencher sur la large littérature qui traite aujourd'hui de la « souffrance » des soignants [4, 14]. Selon diverses études, une proportion non négligeable de généralistes français présenteraient des symptômes de burnout, près de 40 % selon les travaux de Truchot [15].

Les cessations anticipées d'activités sont la suite logique à cette détresse psychologique. Selon une étude de cohorte réalisée par l'IRDES, dans les années 2000, 10 % des praticiens mettraient un terme à leur activité avant huit ans d'exercice, 20 % avant dix-huit ans [16]. Enfin, si on n'en arrive pas systématiquement à ce stade ultime, d'autres conséquences du mal-être du soignant sont néanmoins bien documentées : baisse de la qualité des soins, majoration du coût de la santé [17, 18]. Se questionner sur sa pratique professionnelle semble donc être une nécessité pour les futurs médecins généralistes, encore plus aujourd'hui.

Jusqu'à présent, pour solutionner la problématique des Soins primaires, de nombreuses études se sont intéressées à l'épuisement professionnel des médecins généralistes, à ses causes et à ses conséquences. Au dire de la littérature, cette approche du problème par son versant « négatif » n'aurait pas eu les résultats escomptés. Les mesures politiques qui en ont découlé, essentiellement incitatives et financières, se sont avérées pour le moment insuffisantes, voire inefficaces [19, 20]. Au contraire même, la mise en lumière répétée des aspects problématiques de la profession pourrait avoir eu quelques effets inverses, en confirmant par exemple les étudiants dans leur désaveu pour la médecine de premier recours, compliquant ainsi un peu plus leur recrutement [20].

Depuis quelques années, en partie sous l'impulsion de la Faculté de Brest, co-pilote du projet de recherche

européen « WoManPower », de l'European General Practice Research Network (EGPRN), des études tendent à s'intéresser aux côtés « positifs » des soins primaires. La « satisfaction professionnelle » des généralistes libéraux est ainsi un sujet de plus en plus étudié [20]. Cette voie est d'autant plus privilégiée, qu'il a été démontré que la satisfaction professionnelle des généralistes influencerait positivement sur leur maintien dans la profession et participerait également à son attractivité auprès des plus jeunes [21, 22].

Nous nous sommes donc posé la question suivante : « Y a-t-il des facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français ? »

Notre étude vise à s'intéresser plus précisément aux facteurs de maintien dans la profession, qui paraissent être sources de plus d'incitations pratiques pour un médecin en activité, ou souhaitant s'installer. Notre objectif principal au terme de ce travail a été de permettre à un jeune médecin généraliste, qui souhaiterait s'installer, d'avoir à sa disposition quelques indications sur les conditions d'exercice lui permettant d'ambitionner une pratique épanouissante et pérenne.

## Méthode

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature, selon une méthode dérivée des recommandations internationales PRISMA 2009 (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses*) [23]. Le travail de recherche a été réalisé par un seul chercheur.

## Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Les critères d'inclusion : études observationnelles (cohortes, cas-témoin ou transversales), études qualitatives, limitées aux dix dernières années, langue français ou anglais concernant les médecins généralistes libéraux français installés.

## Stratégie de recherche

Recherche « automatisée » avec l'aide d'une documentaliste de la bibliothèque universitaire de Toulouse.

– *Choix des mots-clés* : la traduction en terme MESH, pour la recherche sur Medline, a été réalisée grâce au constructeur de requête bibliographique mis à disposition sur le site du Cismef [24].

– *Choix des bases de données et des moteurs de recherche* : ont été retenues Medline et Web of Science.

– *Moteurs de recherches sélectionnés* : Cairn.info, la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), le Sudoc et Google Scholar.

**Recherche « manuelle » :** nous avons complété notre travail par une exploration de la littérature grise, à travers :

- La consultation des sites institutionnels français de recherche en Santé :
  - HAS (Haute Autorité de Santé) ;
  - CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) ;
  - DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) ;
  - IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) ;
- L'étude de la bibliographie de chaque article sélectionné, a permis la recherche de nouvelles références pertinentes.

## Sélection des articles

L'inclusion des études a été réalisée de janvier 2018 à avril 2018 en deux étapes : une première analyse des résultats identifiés à partir des titres et des résumés des articles et une deuxième phase de sélection avec la lecture de l'intégralité de chaque étude précédemment retenue.

Enfin, une veille bibliographique a été réalisée jusqu'à juin 2018.

## Processus de recueil des données :

Les articles sélectionnés ont été lus et analysés, à la recherche de données concernant les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes français installés favorisant leur maintien dans la profession.

Nous avons extrait les données grâce à une grille de lecture comprenant différentes catégories d'informations :

- Article (titre, type de publication, auteur, date, lieu).
- Source de l'article.
- Méthodologie de l'étude.
- Population étudiée.
- Évaluation du niveau de qualité de l'étude.
- Principaux résultats.

## Évaluation de la qualité des études

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation de la qualité de la méthodologie utilisée : les critères de Newcastle-Ottawa pour les études épidémiologiques, la grille d'évaluation de Coté-Turgeon pour les études qualitatives, Il n'a pas été retrouvé d'échelle d'évaluation adéquate pour les études Delphi. La grille ENTREQ, habituellement utilisée pour l'évaluation des synthèses d'études qualitatives, n'a pas paru adaptée.

## Analyse des données

Nous avons, enfin, réalisé une synthèse des résultats par comparaison et rapprochement des données recueillies.

Leurs objectifs respectifs divergeant, nous avons pris le parti de faire la dichotomie entre études à visée « qualitative » et études à visée « quantitative ».

## Résultats

### Sélection des articles

Un total de 2 976 articles a été obtenu après interrogation des banques de données et des moteurs de recherche. Sept nouvelles références sont venues s'y ajouter après consultation des sites institutionnels de recherche en Santé français, ainsi que la bibliographie de chacune des études sélectionnées. Finalement, vingt études ont été incluses pour l'analyse des résultats (figure 1).

### Articles inclus dans la revue

Les vingt études incluses et les principales données extraites sont issues d'études qualitatives, et des études épidémiologiques et semi-quantitatives et quantitatives.

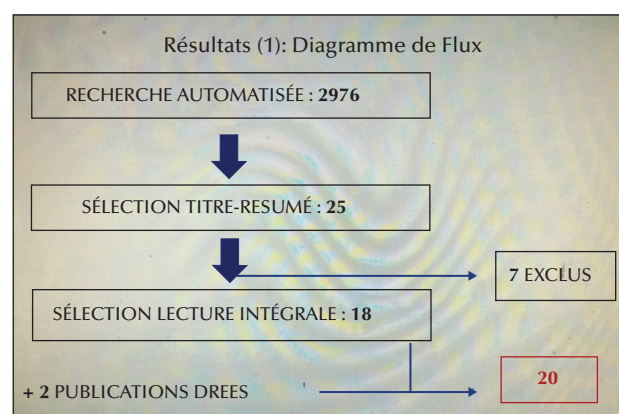
- Les études qualitatives apportent un éclairage sur 90 facteurs de satisfaction professionnelle identifiés.

- Les études épidémiologiques et semi-quantitatives retrouvent 31 facteurs de « *bien-être du praticien* » qui font consensus.

- Des études quantitatives ressortent trois éléments principaux : l'exercice en groupe, l'informatisation et la charge de travail.

En synthèse notre analyse des résultats permet de dégager les éléments suivants qui sont le plus souvent retrouvés :

- L'adoption de quelques grandes lignes comportementales vis-à-vis des patients et des confrères, les relations interpersonnelles, la qualité de la relation médecin patient.



• Figure 1. Diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles.

- L'installation qui doit être bien pensée car elle est considérée comme une période charnière avec une organisation du temps professionnel qui est primordiale.
- L'importance d'une vie personnelle et familiale épanouie.
- L'implication sur le plan institutionnel, dans la formation initiale et continue, devenir maître de stage, sont également à retenir comme facteurs de satisfaction professionnelle.

## Discussion

### Résultats de l'étude

Au terme de notre revue de la littérature, 20 études ont pu être retenues et analysées. Notre travail a permis de faire ressortir un certain nombre de facteurs de satisfaction professionnelle qui favoriseraient le maintien dans la profession, et qui pourraient ainsi s'avérer utiles pour de jeunes médecins généralistes souhaitant s'installer.

Dans la suite de notre exposé, pour alimenter notre réflexion, nous avons comparé les différents points relevés précédemment à deux études : le bilan d'activités de l'année 2017 de l'Association MOTS (« Médecin Organisation Travail Santé ») [26], Il nous a paru intéressant de faire le parallèle entre les motifs de recours à cette association et nos facteurs prédictifs de satisfaction professionnelle secondairement, à l'étude de l'ISNAR-IMG3 [27], qui, pour sa part, a interrogé, en 2011, près de 2000 internes de médecine générale, soit 23 % des effectifs nationaux, sur leurs souhaits concernant leur futur exercice. Il est fréquemment fait état dans la littérature d'un relatif manque de connaissance par les jeunes médecins en formation du contexte des soins primaires [28, 29]. Il nous a donc paru pertinent de comparer nos facteurs de satisfaction professionnelle aux modes de fonctionnement envisagés par ces futurs praticiens.

Pour aspirer à une pratique épanouissante et pérenne en cabinet de médecine générale, il pourrait donc être proposé :

#### • D'adopter quelques grandes lignes comportementales

Une des attitudes phares est la faculté à faire preuve « d'adaptabilité », que ce soit face aux patients, à la maladie, ou encore aux évolutions de la profession. Pour ce faire, il est important de rester vigilant et dynamique, de se remettre régulièrement en question. Cependant il est préférable de rester en accord avec soi-même, et avec ses convictions.

Ces prérequis comportementaux ne sont pas anodins. Avec une tendance commune au perfectionnisme, le manque d'une prise de recul nécessaire serait, selon le bilan d'activités de l'Association MOTS, un des principaux déterminants négatifs repérés chez les médecins en difficulté [26]. Dans leur travail sur les cessations précoces d'activités, Anne Véga et ses collaborateurs pointaient

également cette carence. Ils l'attribuaient, pour leur part, à une suite logique des études médicales, durant lesquelles endurance et dépassement de soi sont notablement valorisés [28].

#### • L'installation, une période charnière

Il est reconnu qu'une expérience positive en début de carrière influe grandement sur le maintien ultérieur dans la profession. La réussite d'une première installation constitue donc une étape-clé.

Il est recommandé de s'être fait, au travers de divers remplacements, un aperçu des différents modes de fonctionnement envisageables. Ce prérequis paraît être, par ailleurs, intégré par les internes en formation, puisqu'ils n'étaient, en 2011, que 16 % à souhaiter s'installer rapidement après l'internat, contre 55 % envisageant dans un premier temps de faire des remplacements [27].

En dehors de se montrer patient, il est également conseillé que l'installation constitue en soi un « projet familial », permettant ainsi de s'assurer d'un soutien secondaire. À noter que les difficultés financières, au même titre que les problèmes de vie privée ou d'organisation du travail, représentaient, en 2017, une des principales problématiques retrouvées chez les médecins se retournant vers l'Association MOTS.

Concernant le lieu de l'installation, il est préconisé de bien le connaître, d'y avoir exercé si possible auparavant.

L'installation en groupe ou en MSP est, par ailleurs, plébiscitée. Pour le choix des associés qui en découle, il est recommandé de viser à une compatibilité de modes de fonctionnement et de caractères. La mixité et la complémentarité des pratiques (addictologie, gynécologie...) peuvent également représenter des critères de choix pertinents.

#### • Une bonne organisation du cabinet

Il est préconisé que les locaux soient faciles d'accès, agréables et fonctionnels, avec des moyens techniques de qualité, tels que des logiciels informatiques performants.

Un élément revenu avec insistance est la nécessité de se décharger des tâches « non médicales », pour se recentrer sur le cœur de métier, l'activité de soins, par un recours à un secrétariat jugé « indispensable » par une large majorité. Et ceci va de pair avec une autre réflexion à avoir sur la gestion de la charge téléphonique.

Un autre conseil est largement relayé, la prise de vacances en quantité suffisante par les praticiens.

Ces différents moyens organisationnels relevés dans notre étude ne sont pas anodins puisque les conseils de « réorganisation professionnelle » représentent, après l'écoute et le soutien, les principales mesures préconisées par les médecins conseils de l'Association MOTS : recours à un secrétariat, à un comptable, informatisation du cabinet, recherche de remplaçants.

De même, élément rassurant, l'ISNAR-IMG nous rapporte que les internes paraissent avoir conscience de l'impérativité de la majeure partie de ces mesures organisationnelles (secrétariat, informatique, télétransmission) [27].



### • L'organisation de son temps professionnel est « primordiale »

Le travail de Julie Micheau et Éric Molière, en 2010, pour le compte de la DREES, confirme cet impératif [30]. Après avoir interrogé 50 médecins libéraux (non uniquement généralistes), ils ont conclu que « *la quantité de travail en heures, si elle est conséquente et à l'origine d'une fatigue physique, n'est pas la bonne mesure de la charge de travail perçue par les praticiens* ».

La charge de travail doit donc être bien estimée, délimitée et maîtrisée. Pour ce faire, le mode de consultation « uniquement sur rendez-vous » est appuyé. Dans l'étude d'E. Milliasseau [31], les médecins « satisfaits » consultaient principalement « sur rendez-vous strict », alors que les « insatisfaits » présentaient plutôt un mode de consultation « mixte », associant créneaux de rendez-vous et plages horaires de consultations libres.

À noter que si les internes semblent s'être approprié le bien-fondé des moyens organisationnels, ils ne paraissent pas, par contre, avoir notion de la nécessité d'exercer « strictement sur rendez-vous », puisque seuls 40 % d'entre eux envisageaient de consulter sur ce mode, contre 60 % de manière « mixte » [27].

Le rythme de travail doit être « adapté », permettant de garantir une certaine qualité de pratique et évitant au médecin d'exercer sous pression.

Pour exemple, dans une seconde partie de leur étude, Julie Micheau et Éric Molière proposent un aperçu de ce que pourrait être la « maîtrise de son temps de travail » : « *Par opposition à ceux qui décrivent leurs journées comme d'interminables courses contre-la-montre, certains envisagent l'ensemble des tâches qui constituent leur activité pour les organiser dans un emploi du temps pensé et maîtrisé : la consultation est sur rendez-vous, le médecin est ponctuel, du temps est prévu pour le traitement des courriers et des documents administratifs. Ainsi, pour ces médecins, les journées et les semaines sont longues, mais elles sont maîtrisées et se déroulent selon un rythme prévu* » [30].

### • Les relations interpersonnelles

De manière générale, il est souhaitable d'instaurer respect, convivialité et bonne communication avec l'ensemble de ses interlocuteurs (patients, confrères, CPAM...).

Une attention particulière doit être apportée aux relations avec ses propres collaborateurs, puisque 38 % des médecins ayant recours à l'Association MOTS exerçaient « en groupe » [26]. Si l'isolement est connu de longue date pour être source de difficultés, l'exercice en groupe, pourtant largement mis en avant, ne serait donc pas indemne de problématiques.

### • La pratique médicale

Il est recommandé de viser à une pratique pointue et professionnelle, d'ambitionner d'être « l'expert des soins primaires », en privilégiant la qualité à la quantité. Une des sources d'attrait de la profession est le caractère varié de sa pratique, il faut veiller à l'entretenir.

La diversification, ou la spécialisation, de son activité est un sujet qui fait par contre débat. Dans les études qualitatives de notre revue, nombreux sont les médecins qui la préconisent, justifiant ce conseil par son intérêt intellectuel et son aspect stimulant. Cependant, les études quantitatives ne corroborent que rarement ce préconçu. Dans l'étude d'E. Milliasseau [31], par exemple, la satisfaction professionnelle des praticiens était plus élevée chez ceux ne pratiquant que « peu » d'activités complémentaires. Il en était de même, dans une étude annexe du projet de l'EGPRN [22], où un panel d'experts des soins primaires, venus de tous horizons (MSU, ARS, CPAM), ont été invités à se prononcer sur des leviers favorisant le recrutement dans la profession. En effet, dans cette étude, ce sont les experts « médecins généralistes », et non pas les « non médecins », qui se sont opposés à l'item « diversification d'activité des praticiens ». Ces derniers ont considéré, du fait d'une démographie médicale actuelle délicate, qu'il n'était opportun d'inciter les praticiens à diversifier leur activité qu'en réponse à un réel besoin de bassin de santé, et non dans le cas de simples aspirations personnelles.

Enfin, dans l'optique d'entretenir ses connaissances, la participation à la Formation Médicale Continue (FMC), ou à des groupes de pairs, est largement plébiscitée et perçue comme des « bols d'air »

### • La relation médecin-patient

Grand constituant du quotidien des médecins généralistes, la relation médecin-patient serait « *avant même leurs connaissances techniques, un des vecteurs de bonne prise en charge les plus puissants dont disposent les omnipraticiens* » [32, 33]. Elle peut également être le lieu d'un enrichissement personnel non négligeable pour ces derniers. La clé résiderait dans la capacité du praticien à trouver la bonne distance aux patients, entre éducation inflexible et adaptation à chacun d'eux, avec comme finalité l'instauration de relations durables et de qualité.

L'éducation bienveillante de la patientèle doit être instaurée d'emblée. Elle doit introduire respect et confiance. À l'opposé, le médecin devra aussi savoir faire preuve d'adaptation à ses patients (adapter son langage à chacun, être tolérant) et les respecter, pour ambitionner des relations d'égal à égal débouchant sur des prises de décision partagées, et non imposées. Dans ce sens, l'étude du groupe d'experts BVA nous rappelle que le praticien de demain devra accepter les évolutions de ce rapport singulier, notamment aux yeux de l'émergence de nouvelles sources de renseignements pour les patients comme « Internet » [25].

Enfin, de bonnes capacités de communication ne sont pas toujours innées, il est ainsi souhaitable de se former à ces techniques relationnelles.

### • Une vie personnelle et familiale épanouie

C'est une des grandes conditions rapportées permettant d'ambitionner une vie professionnelle de qualité, en témoigne le bilan d'activités de l'Association MOTS, dans lequel les « problèmes de vie privée » arrivent, au même titre que les problèmes d'ordre organisationnel, aux premières places des origines de recours à l'Association.

Dans l'étude de l'ISNAR-IMG, les internes n'envisageaient, en moyenne, qu'un exercice hebdomadaire de 42 heures (pour une moyenne actuelle de 57 heures), démontrant ainsi leur réelle volonté de préserver leurs vies personnelles [27].

Si vie personnelle est globalement synonyme de vie familiale, il est aussi souhaitable de veiller à se garder du temps « pour soi », et préserver sa santé, autant mentale que physique, en s'astreignant à avoir une bonne hygiène de vie (sport, sommeil), ainsi qu'un suivi par un confrère et souscrire à une bonne couverture assurantielle.

Sans surprise, il est bien évidemment recommandé de prendre du temps pour sa famille. Enfin, comme pour tout constituant du quotidien d'un médecin généraliste, il est conseillé « d'optimiser » son temps de vie personnelle.

### • Devenir maître de stage

S'investir dans la formation des étudiants et internes est globalement décrit de manière positive dans notre revue. Les étudiants seraient sensibles à ce conseil. Dans l'étude de l'ISNAR-IMG, 70 % d'entre eux envisageaient de devenir maître de stage ultérieurement [27]. Des relations chaleureuses avec les internes et étudiants sont recommandées. Elles favoriseront le recrutement dans la profession, voire dans le secteur géographique.

### • L'implication institutionnelle

Dans la même dynamique, s'impliquer dans la réflexion et le futur de la profession est considéré comme source de satisfaction professionnelle à travers une implication institutionnelle (ordre des médecins, URPS médecin, formation médicale continue, etc.).

## Limites et biais de l'étude

Une des principales limites à notre travail de recherche a été le peu de références disponibles sur le sujet dans la littérature, ainsi que le faible niveau de preuve des études le composant, aux mieux de Grade C et de Niveau 4 selon la grille d'évaluation de l'ANAES-HAS.

Par ailleurs, malgré le fait que nous avons réalisé notre revue de la littérature selon une méthode dérivée des recommandations internationales PRISMA 2009 [23], certains choix méthodologiques peuvent être discutés :

Le fait de ne se limiter qu'aux études portant sur des praticiens français a été motivé précédemment.

Nous avons restreint le champ de notre revue de la littérature aux dix dernières années. Ce choix a été motivé par le fait que le contexte des soins primaires évolue. La médecine générale est devenue une spécialité en 2002, un DES spécifique a été créé en 2004 [1]. La démographie médicale des soins primaires a elle aussi évolué, passant d'une situation de « pléthore », dans les années 1990, à la « pénurie » actuelle [34]. Ainsi, des conseils de médecins ayant exercé dans un contexte trop éloigné auraient pu s'avérer peu pertinents, voire inopportuns.

Les études portant exclusivement sur une sous-population de généralistes ont également été écartées. Cela a

été le cas des travaux spécifiques aux médecins ruraux. Si le sujet est d'actualité, ce n'était pas strictement le nôtre dans ce travail. Il aurait pu, de plus, venir biaiser en partie nos résultats. En effet, comme dans la thèse d'Alexandra Serres [35] portant sur des médecins de Bourgogne, région à très faible densité médicale, ces derniers étaient à près de 70 % des hommes, exerçant seuls depuis 25 ans, et ayant uniquement pour 20 % d'entre eux un conjoint qui travaillait avec des horaires fixes. Ces praticiens et leurs modes de fonctionnement paraissent relever de l'ancien schéma familial (dit *breadwinner*), où seul un des deux adultes travaillait dans le couple. Les conseils qui découlent de ces études sont donc à relativiser aux yeux du contexte démographique médical particulier de ces régions, ainsi que vis-à-vis des nouvelles aspirations et responsabilités personnelles qu'ont, pour leur part, les nouvelles générations de généralistes.

Enfin, la sélection et l'analyse des articles n'ont été réalisées que par une seule personne, l'auteur de cette thèse. Il s'agit là du deuxième principal biais de cette étude.

## Conclusion

Bien que les études incluses dans notre travail soient de manière générale d'un faible niveau de preuve scientifique, quelques enseignements peuvent néanmoins en être retirés, au premier rang desquels se place l'incompressible nécessité de « maîtrise ». Ce postulat doit ainsi s'appliquer aux différentes étapes et aspects de la profession, que ce soit au moment de l'installation, lors de l'organisation de son cabinet ou de la composition de son agenda. Le temps de vie personnelle, ainsi que la singulière relation médecin-patient n'échappent pas non plus à ce grand principe. Il pourrait s'agir là du prix à payer pour ambitionner sur le long terme de bonnes conditions d'exercice.

Cette mise en lumière de moyens organisationnels permettant d'ambitionner une pratique épanouissante pourrait venir s'opposer en partie à la défiance que subit aujourd'hui la pratique « traditionnelle » de la médecine de ville, et favoriser de ce fait son recrutement. Le CNOM nous rappelait ainsi que « *le recul observé chez les jeunes*



### Pour la pratique

- Certains facteurs semblent incontournables pour favoriser le maintien dans la profession en particulier sur le plan organisationnel et relationnel avec les patients et les confrères.
- La vie personnelle reste un élément à prendre en compte dans son projet professionnel.
- La formation médicale initiale est un facteur important afin de permettre au futur jeune installé de mieux maîtriser les facteurs positifs de maintien dans la profession grâce aux nombreux stages en libéral qu'il pourra suivre.

médecins pour l'exercice libéral est plus le fruit d'une méconnaissance et d'un manque de formation à ce mode d'exercice qu'un choix éclairé » [36].

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

## RÉFÉRENCES

1. Druais PL. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/la-place-et-le-role-de-la-medecine-generale-dans-le-systeme-de-sante>.
2. Royal College of General Practitioners. General Practice 2022 - Vision for General Practice in the future NHS [Internet]. [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/general-practice-2022.aspx>.
3. Gallois P. Médecine générale en crise : faits et questions. Base documentaire. BDSP [Internet]. 2006 [cité 22 mai 2018]. [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=M%E9decine%20g%E9n%E9rale%20en%20crise%20%3A%20faits%20et%20questions.&\\_sort=auto&\\_start=1](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=M%E9decine%20g%E9n%E9rale%20en%20crise%20%3A%20faits%20et%20questions.&_sort=auto&_start=1).
4. Dumesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Professional burn-out of general practitioners in urban areas : prevalence and determinants. *Santé Publique* 2009 ; 21 (4) : 355-64.
5. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Épuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826>.
6. Atlas de la démographie médicale 2015. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>.
7. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 : Les projections des effectifs de médecins [Internet]. 2016 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche19-3.pdf>.
8. Robelet M, Zolesio E, Lapeyre-Sagesse N. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux : Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Base documentaire. BDSP [Internet]. 2006 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/343434/>.
9. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2005 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>.
10. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés ? *Rev Fr Aff Soc* 2011 ; (2) : 9-28.
11. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016 : Les trajectoires des jeunes diplômés de médecine générale [Internet]. 2016 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche16-3.pdf>.
12. Ponthieux S, Schreiber A. Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale. Données sociales : La société française. Insee [Internet]. 2006 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371951?sommaire=1372045>.
13. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2010 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes>.
14. Galam É. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [Internet]. 2007 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_070723.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf).
15. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Base documentaire. BDSP [Internet]. 2004 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=C9volution%20de%20la%20carri%E8re%20lib%E9rale%20des%20m%E9decins%20g%E9n%E9ralistes%20selon%20leur%20date%20d%20installation&\\_sort=auto&\\_start=1](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=C9volution%20de%20la%20carri%E8re%20lib%E9rale%20des%20m%E9decins%20g%E9n%E9ralistes%20selon%20leur%20date%20d%20installation&_sort=auto&_start=1).
16. DeVoe J, Fryer Jr GE, Hargraves JL, Phillips RL, Green LA. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract* 2002 ; 51 (3) : 223-8.
17. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev* 2007 ; 32 (3) : 203-12.
18. Bourguell Y, Tajahmadi A, Mousquès J. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. | Base documentaire. BDSP [Internet]. 2006 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=Comment%20am%E9liorer%20la%20r%E9partition%20g%E9ographique%20des%20professionnels%20de%20sant%E9%20%3F&\\_start=1](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=Comment%20am%E9liorer%20la%20r%E9partition%20g%E9ographique%20des%20professionnels%20de%20sant%E9%20%3F&_start=1).
19. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract* 2016 ; 17 (1) : 133.
20. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future. *Fam Pract* 2000 ; 17 (5) : 364-71.
21. Cam M. Facteurs positifs de recrutement vers la médecine générale : recherche de consensus par la méthode Delphi puis hiérarchisation par groupe nominal par des experts non médecin généraliste = Positive factors favoring recruitment in General Practice : Delphi consensus research and nominal group hierarchy with non-general practitioners decision-makers [Thèse d'exercice]. Université de Bretagne occidentale, 2017.
22. Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. *Kinésithérapie Rev* 2015 ; 15 (157) : 69-74.
23. CISMef. Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales [Internet]. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur : <http://cispro.chu-roen.fr/querybuilder/>.
24. Sliman G, Perigios E, Audic Y. Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA, mars 2008. Base documentaire. BDSP [Internet]. 2008 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : [http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=Le%20r%E9le%20et%20la%20place%20du%20m%E9decin%20g%E9n%E9raliste&\\_sort=auto&\\_start=4](http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?equation=Le%20r%E9le%20et%20la%20place%20du%20m%E9decin%20g%E9n%E9raliste&_sort=auto&_start=4).
25. Association MOTS: accompagnement de médecins en difficulté à Toulouse [Internet]. [cité 1 juin 2018]. Disponible sur : <https://www.association-mots.org/>.
26. ISNAR-IMG. Les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011 [cité 22 mai 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>.
27. Véga A, Cabé MH, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. 2008. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/cessation-d-activite-liberale-des-medecins-generalistes-motivations-et>.
28. Martin A, Trombert-Pavot 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.
29. Micheau J, Molière É. L'emploi du temps des médecins libéraux. NL. 2010 ; 15.
30. Milliasseau E. Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes : à propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Lyon : Université Claude Bernard, 2010.
31. Kieffer V, Petit C. Quelle formation pour le médecin généraliste psychothérapeute de fait ? France ; 2010.
32. Ministère fédéral de la santé (Santé Canada). La communication efficace... à votre service [Internet]. 2001. 42 p. Disponible sur : [http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdp-cpcm/bc-cds/pdf/t2resource\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ccdp-cpcm/bc-cds/pdf/t2resource_f.pdf).
33. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *J Pédiatrie Puériculture* 2009 ; 22 (4-5) : 245-53.
34. Serres A, Germond G. Qualité de vie et risque de burn out chez les médecins généralistes de l'Yonne : impact de l'organisation de travail et du mode de gestion des urgences ressenties. Dijon : Université de Bourgogne, 2016.
35. Berrier S, Jaulin B. Dossier démographique : 8 idées reçues et corrigées [Internet]. 2015 [cité 23 mai 2018]. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn\\_bulletin/2015-07-16/master/sources/index-17.html](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/2015-07-16/master/sources/index-17.html).