

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Bastien ANTOINE

Le 05 juillet 2018

Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français – Revue systématique de la littérature

Directeur de thèse : Dr Michel BISMUTH

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Pierre BOYER	Assesseur
Monsieur le Docteur Jean THEVENOT	Assesseur
Monsieur le Docteur André BRIFFOD	Assesseur

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Président du Jury

Professeur des Universités

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie pour votre présence, mais également pour votre accessibilité et votre pédagogie auprès des futurs médecins généralistes toulousains. Très sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,

Directeur de thèse

Maître de Conférences des Universités

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse. J'avais la motivation, vous avez su, de par votre expertise, me guider vers un travail de qualité. Je vous en suis très reconnaissant.

Je vous remercie également pour votre investissement dans la formation auprès des jeunes internes toulousains.

A Monsieur le Docteur Pierre BOYER,

Maître de Conférences Associé des Universités

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse.

Je vous remercie également pour votre implication auprès des jeunes médecins généralistes en formation.

A Monsieur le Docteur Jean THEVENOT,

Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne

Médecin Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique

C'est un honneur de pouvoir vous compter parmi mon jury de thèse. J'espère que ce travail saura vous intéresser.

Je tiens également à remercier à nouveau votre Association d'avoir mis à ma disposition son bilan annuel de l'année 2017.

A Monsieur le Docteur André BRIFFOD,

Maître de stage Universitaire

Praticien ambulatoire de Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je te remercie également pour ce que tu es, pour ta bienveillance, auprès de tes patients, auprès des jeunes médecins en formation. Tu auras été mon formateur qui m'aura le plus marqué durant mon cursus. Je te remercie encore.

Remerciements personnels

A mes parents, pour l'éducation que vous nous avez donnée et la belle enfance que vous nous avez offerte. Ma réussite est avant tout la vôtre.

A mes frères, à qui je souhaite réussite, mais surtout bonheur et épanouissement personnel. J'espère me montrer toujours là en cas de besoin.

A Madeleine, notre 3^{ème} grand-mère, pour ta présence, pour tout ce que tu fais, et a fait, pour nous.

A mes grands-parents, encore présents ou qui ne sont plus là, pour tout l'amour que vous nous avez donné depuis notre plus jeune enfance.

Aux compagne et compagnon de mes parents, Anne-Marie et Jean-Pierre, pour votre gentillesse au quotidien.

Au reste de ma famille, mes tantes et oncles, aux amis de la famille, pour votre bienveillance depuis nos premiers jours.

A mes cousins et cousines, à leurs compagnons, à Dominique l'amie de Maxime. Je vous souhaite le meilleur.

A l'ensemble de mes amis, François, Vincent, Ismaël, Sandrine, Poérava, Max, Isabelle, Clémence, Romain, Lise, Jérôme, Simon, Eric, Nina, Adrien, Ugo. C'est grâce à vous et à vos qualités respectives que je me suis façonné.

A mes co-internes, Simon, Geneviève, Jean-Denis, Lamine, Audrey, Maya, avec qui, au prix de moments difficiles comme plus heureux, je me suis construit dans la profession.

A mes amis calédoniens, Julien, Laura, Damien, Marianne, Céline, Chloé, Ness, avec qui j'ai eu la chance de passer d'inoubliables moments au soleil.

Un remerciement supplémentaire à ceux qui m'ont aidé pour les différentes relectures de ce long travail, ma mère, mon père, mon frère Rémi, Jean-Pierre, Isabelle, Sandrine et Clémence.

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale.

Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce-que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de cicatrices.

Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres ; et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

LA MALADIE DE SACHS, Martin WINCKLER – POL 1998

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	1
	1. Un contexte difficile	
	2. Les médecins de demain ne seront pas ceux d’hier	
	3. La nécessaire réflexion sur sa propre pratique	
	4. Un intérêt nouveau pour la satisfaction professionnelle	
	5. Différentes catégories de facteurs de satisfaction professionnelle	
	6. Question de recherche et objectif de l’étude	
II.	MATERIEL ET METHODES.....	8
	1. Critères d’inclusion et d’exclusion des articles	
	2. Stratégie de recherche	
	3. Sélection des articles	
	4. Processus de recueil des données	
	5. Evaluation de la qualité des études	
	6. Analyse des données	
III.	RESULTATS.....	13
	1. Sélection des articles	
	2. Articles inclus dans la revue	
	3. Analyse des résultats	
	a) Les études à visée « qualitative »	
	b) Les études à visée « quantitative »	
IV.	DISCUSSION.....	22
	1. Résultats de l’étude	
	2. Qu’en est-il sur le plan international ?	
	3. Limites et biais de l’étude	
V.	CONCLUSION.....	33

Bibliographie

Annexes

Résumé

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Equations de recherche par sources de données

Tableau 2 : Facteurs de satisfaction professionnelle ayant fait consensus auprès des Maitres de Stage Universitaires (MSU)

Tableau 3 : Synthèse des liens statistiquement significatifs mis en évidence dans les études descriptives transversales de notre revue

Figure 1 : Graphique illustrant la problématique démographique des Soins premiers

Figure 2 : Diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Illustration de la baisse de 10% des effectifs de médecins généralistes en 10ans

Annexe 2 : Evolution du Numéris clausus depuis son instauration

Annexe 3 : Echelle d'évaluation de Newcastle-Ottawa

Annexe 4 : Echelle d'évaluation de Coté-Turgeon

Annexe 5 : Références des articles exclus après lecture intégrale

Annexe 6 : Grille d'évaluation du niveau de preuve scientifique ANAES-HAS

Annexe 7 : Tableau récapitulatif des études à visée « qualitative »

Annexe 8 : Tableau récapitulatif des études épidémiologiques et semi-quantitatives

Annexe 9 : Facteurs de satisfaction professionnelle issus des études qualitatives, faisant office de « CONSEILS »

Annexe 10 : Facteurs de satisfaction professionnelle issus des études qualitatives, faisant office de « CONSTATS »

Annexe 11 : Tableau récapitulatif des items des études qualitatives, sans distinction de fréquence

Annexe 12 : Principaux résultats, Odds Ratio et Intervalle de confiance de l'étude « L'exercice de la médecine générale libérale : Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises »

Annexe 13 : Tableau récapitulatif des liens statistiquement significatifs mis en évidence dans les thèses d'exercice à visée « quantitative »

Annexe 14 : « Bilan d'activités de l'année 2017 » de l'Association MOTS

Annexe 15 : Résultats de la revue de la littérature internationale de l'EGPRN

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

BVA : entreprise « Brulé Ville et Associé »

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CT : échelle de Coté-Turgeon

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EBM : Evidence-Based Medicine

EGPRN : European General Practice Research Network

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

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

IWS : échelle « Index of Work Satisfaction »

MIB : échelle « Maslach Burnout Inventory's »

MOTS : Association « Médecin Organisation Travail Santé »

MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

NO : échelle de Newcastle-Ottawa

OR : Odds Ratio

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses

QV : Qualité de Vie

SP : Satisfaction Professionnelle

Rdv : Rendez-vous

I. INTRODUCTION

En préambule de notre travail, nous allons revenir sur le contexte actuel des Soins premiers et les mutations qui s'y opèrent. Nous aborderons, ensuite, la nécessité d'avoir, aujourd'hui, une certaine réflexion sur sa pratique, ainsi que les avantages de baser celle-ci sur les aspects « positifs » de la profession.

1. Un contexte difficile :

a) La situation actuelle :

En France, la Médecine générale a été intronisée « Spécialité » en 2002. Selon différents rapports ministériels, elle est vouée à occuper une place centrale dans le système de soins, des études ayant démontré qu'un système de santé basé sur les Soins premiers serait plus efficient et à un moindre coût. (1-3)

Pourtant, depuis quelques années, et de manière internationale, la Médecine générale est dite « en crise ». (4) 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. (5,6)

De manière concomitante et logique, on assiste 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. (Annexe 1) Ce qui n'arrange en rien la surcharge de travail déjà subie par ces derniers. (7)

b) Les prévisions à venir :

Si le contexte actuel de la Médecine générale paraît étriqué, les projections démographiques concernant la profession, pour les années à venir, ne sont guère plus rassurantes.

En effet, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), qui réalise régulièrement des projections des effectifs médicaux, prévoit, selon un scénario « tendanciel »¹, 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. (8,9)

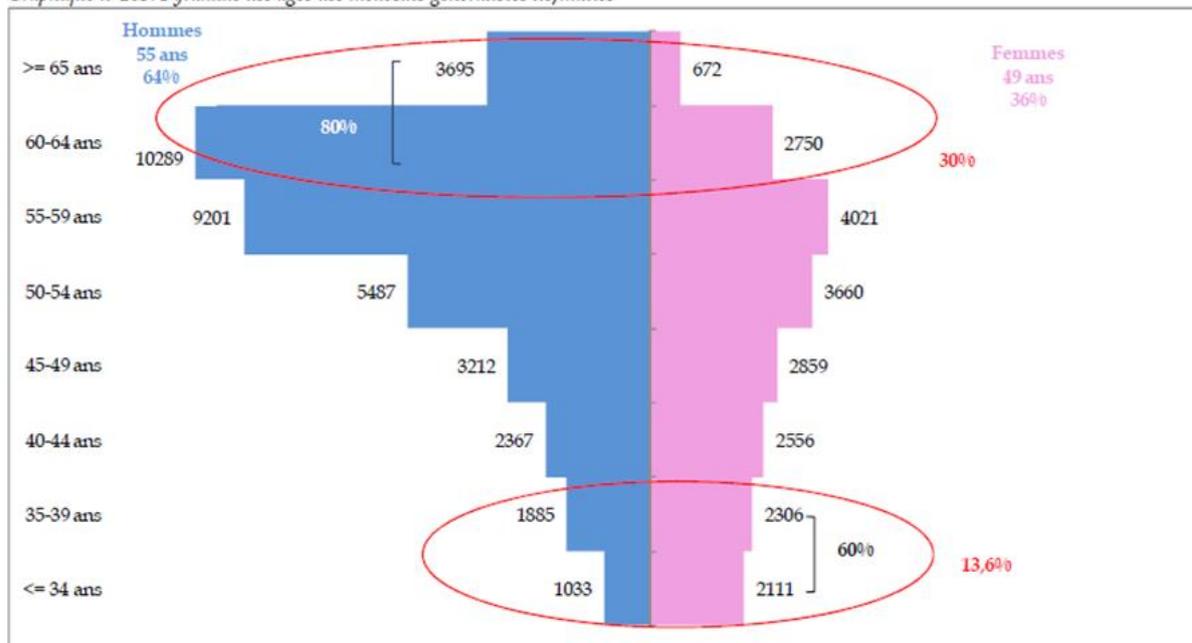
Combiné à l'accroissement et au vieillissement de la population française dans le même temps, cela devrait représenter une très nette majoration de la charge de travail par médecin.

A noter que cette aggravation transitoire de la crise démographique des Soins premiers est principalement due à un départ massif, à venir, de nombreux omnipraticiens à la retraite. Ce phénomène trouve son origine dans les années 1990. Dans un objectif de réduction du coût de la santé, le Numérus clausus, limitant le nombre d'étudiants accédant à la deuxième année des études de médecine, a été abaissé à 3500 places pendant près de dix ans. (10) (Annexe2)

Figure1 : Graphique issu de l'Atlas de la démographie médicale 2015, (CNOM) (7), illustrant la problématique démographique qui s'impose aujourd'hui aux Soins premiers.

¹ 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..)

Graphique n°103: Pyramide des âges des médecins généralistes lib/mixtes



2. Les médecins de demain ne seront pas ceux d’hier :

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. (11,12)

En voici 3 grandes lignes :

Des aspirations nouvelles à une certaine qualité de vie par les jeunes générations d’adultes. (13)

Cela ne concerne pas spécifiquement les médecins, mais ceux-ci n’échappent pas à la règle. Les jeunes générations de praticiens aspirent, aujourd’hui, à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, quitte à réduire substantiellement leurs charges de travail.

Une évolution des schémas familiaux, secondaire à l’entrée des femmes sur le marché du travail. (11)

L’évolution pour les médecins est notable. On passe d’un modèle dominant dans la profession, dit « breadwinner », où seul un des deux adultes du couple travaillait (le plus souvent l’homme), le conjoint étant dévoué aux tâches domestiques et familiales, à la nécessité de faire cohabiter deux carrières dans un même couple.

Le médecin de demain sera donc amené à assumer une part plus importante des responsabilités domestiques dans le foyer. Il ne pourra plus présenter une disponibilité de tous les instants pour ses patients. Autrement dit, il devra réduire son temps de travail professionnel et surtout viser à le maîtriser au mieux.

La persistance, malgré tout, 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. (14,15)

Ce constat prend d'autant plus de poids dans la profession médicale qu'elle est le lieu depuis plusieurs années d'une féminisation croissante (16% en 1990, 45% aujourd'hui, 60% en 2040). (8) La première conséquence est la part notable que représentent ces médecins femmes dans les effectifs de praticiens exerçant à temps partiel ou de manière salariée. (14) Une seconde est que celles qui ne souhaiteront pas contraindre leur carrière professionnelle devront alors faire preuve d'une maîtrise encore plus accrue de leur agenda, pour pouvoir assumer leur triple casquette : « épouse, mère, médecin ». (12)

Les médecins de demain combineront donc leur pratique professionnelle à de nouvelles aspirations et à des responsabilités domestiques majorées, ce qui nécessitera chez eux de réduire substantiellement leur disponibilité pour les patients et de maîtriser au mieux leur temps de vie professionnelle.

3. La nécessaire réflexion sur sa propre pratique :

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, les médecins généralistes optent aujourd'hui plus facilement pour un autre mode de pratique (remplaçant, salariat) que celui de l'installation en cabinet libéral. (8,14)

Cependant, certains font néanmoins ce choix. Dans ce contexte étriqué, il paraît alors nécessaire de bien réfléchir 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. (5,16) Selon diverses études, une proportion non négligeable de généralistes français présenteraient des symptômes de burnout, près de 40% selon les travaux de Truchot. (17)

Les cessations anticipées d'activités sont la suite logique à cette détresse psychologique. Selon une étude de cohorte réalisée par l'IRDES², dans les années 2000, 10% des praticiens mettraient un terme à leur activité avant huit ans d'exercice, 20% avant dix-huit ans. (18)

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. (19,20)

Se questionner sur sa pratique professionnelle semble donc être une nécessité pour les futurs médecins généralistes, encore plus aujourd'hui.

4. Un intérêt nouveau pour la satisfaction professionnelle :

Jusqu'à présent, pour solutionner la problématique des Soins premiers, 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. (21,22) 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 défiance vis-à-vis de la médecine de premier recours, compliquant ainsi un peu plus leur recrutement. (22)

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

² IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

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. (22)

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. (23,24)

5. Différentes catégories de facteurs de satisfaction professionnelle:

Au travers de la littérature (25,26), il paraît se définir différentes catégories de déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins généralistes :

- Les facteurs de recrutement, qui influencent les étudiants à faire le choix de la Médecine générale.
- Les facteurs de décision à l'installation, qui influent, pour leur part, sur les internes de Médecine générale en fin de formation et sur les jeunes diplômés.
- Les facteurs de maintien dans la profession, qui concernent les médecins en activité.

Les études qui explorent les deux premières catégories semblent être plus destinées aux décideurs politiques, qui chercheraient à solutionner la problématique du recrutement en Soins primaires.

Notre étude visera donc à s'intéresser plus précisément aux facteurs de maintien dans la profession, qui paraissent être sources de plus d'indications pratiques pour un médecin en activité, ou souhaitant s'installer.

6. Question de recherche et objectif de l'étude :

Nous avons vu que faire le choix de l'installation en cabinet libéral n'est aujourd'hui pas une décision anodine.

Le contexte démographique de la Médecine générale est délicat et les futurs praticiens devront composer avec de nouvelles aspirations personnelles, ainsi qu'une part majorée de responsabilités domestiques.

Beaucoup d'études se sont intéressées aux sources de mécontentement des omnipraticiens, avec des résultats finaux mitigés. Une nouvelle dynamique tend à explorer les aspects positifs de la profession.

Dès lors, nous nous sommes attachés dans cette étude à répondre à la question suivante :

« Y a-t-il des facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français ? »

De cette question découle un objectif pratique : 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.

II. MATERIEL ET METHODES

Pour répondre à nos objectifs, 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*). (27)

Le travail de recherche a été réalisé par un seul chercheur, l'auteur de cette thèse.

1. Critères d'inclusion et d'exclusion des articles :

a) Les critères d'inclusion :

- Types d'études : études observationnelles (cohortes, cas-témoin ou transversales), études qualitatives.
- Dates de publication : limitées aux dix dernières années, de 2007 à juin 2018.
- Langues : français ou anglais.
- Population étudiée : médecins généralistes libéraux français installés.
- Critère d'analyse : évaluation des facteurs de satisfaction professionnelle chez un médecin généraliste installé, favorisant son maintien dans la profession.

b) Les critères d'exclusion :

- Etudes portant sur des médecins généralistes ne pratiquant pas en France, ou ayant une pratique autre que libérale ou mixte.
- Etudes portant exclusivement sur une sous-population de médecins généralistes (ex : médecins ruraux).
- Etudes explorant les facteurs de burnout des médecins généralistes, et non leurs sources de satisfaction professionnelle.
- Etudes n'explorant pas les facteurs de maintien dans la profession.
- Etudes non disponibles à l'analyse.

2. Stratégie de recherche :

a) Recherche « automatisée » :

Choix des mots-clés : Il a été fait avec l'aide d'une documentaliste de la Bibliothèque Universitaire de Toulouse. La traduction en terme MESH, pour la recherche sur Medline, a été réalisée par l'intermédiaire du constructeur de requête bibliographique mis à disposition sur le site du Cismef. (28)

Les mots-clés sont rapportés dans le tableau résumant les équations de recherche ci-contre.

Choix des bases de données et des moteurs de recherche : Il a été fait également avec l'aide d'une documentaliste de la Bibliothèque Universitaire.

Les bases de données retenues ont été : Medline et Web of Science.

Les moteurs de recherches sélectionnés ont été : Cairn.info, la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), le Sudoc et Google Scholar.

Tableau 1 : Equations de recherche par sources de données :

Sources de données	Equations de recherche
Medline	(job satisfaction OR work satisfaction) AND (general practice OR general practitioner OR family practice OR family doctor)
Web of Science	(job satisfaction OR work satisfaction) AND (general practice OR general practitioner OR family practice OR family doctor)
Cairn.info	("satisfaction professionnelle" ou "satisfaction au travail") ET ("médecins généralistes" ou "médecine générale")
BDSP	("satisfaction professionnelle" ou "satisfaction au travail") ET ("médecins généralistes" ou "médecine générale")
Sudoc	("satisfaction professionnelle" ou "satisfaction au travail") ET ("médecins généralistes" ou "médecine générale")
Google Scholar	("satisfaction professionnelle" ou "satisfaction au travail") ET ("médecins généralistes" ou "médecine générale")

b) 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, à la recherche de nouvelles références pertinentes.

3. Sélection des articles :

L'inclusion des études a été réalisée de janvier 2018 à avril 2018.

Elle s'est faite en deux étapes :

Une première analyse des résultats identifiés a été effectuée à partir des titres et des résumés des articles.

Une deuxième phase de sélection a eu lieu avec la lecture de l'intégralité de chaque étude précédemment retenue. Les critères d'exclusion ont alors été particulièrement scrutés. Les raisons de l'exclusion de certains articles ont été enregistrées et seront citées au moment de la présentation des résultats.

Enfin, une veille bibliographique a été réalisée jusqu'à juin 2018, afin d'identifier d'éventuelles nouvelles références.

4. 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 que nous avons retranscrite sous forme de tableaux récapitulatifs, comprenant différentes catégories d'informations :

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

5. Evaluation de la qualité des études :

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation de la qualité de la méthodologie utilisée.

Pour les études épidémiologiques, nous avons utilisé les critères de Newcastle-Ottawa, plus précisément ceux adaptés aux études descriptives transversales. L'échelle d'évaluation est disponible en Annexe 3.

Pour les études qualitatives, nous nous sommes basés sur la grille d'évaluation de Coté-Turgeon, disponible en Annexe 4.

Il n'a pas été retrouvé d'échelle d'évaluation adéquate pour les études Delphi.

De même, pour notre étude inclue prenant la forme d'un travail qualitatif « secondaire », la grille ENTREQ, habituellement utilisée pour l'évaluation des synthèses d'études qualitatives, n'a pas paru adaptée.

6. 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 ».

Les études qualitatives n'ont pas pour vocation à être représentatives. Leur but est à l'exhaustivité. L'avis de chaque praticien compte, afin d'obtenir un panel de réponses le plus large possible.

Certaines études rapportent jusqu'à 130 items. Dans un esprit de synthèse, nous avons relevé les facteurs revenant avec le plus d'incidence et se conformant à l'avis du plus grand nombre (Annexe 9 et 10). Un tableau rapportant l'ensemble des items, sans distinction de fréquence, a également été retranscrit (Annexe 11).

Les études à visée « quantitative », qu'elles soient épidémiologiques ou semi-quantitatives, ont pour objectif de mettre en lumière des liens significatifs entre deux facteurs, ou de chercher à établir des consensus. Leurs résultats sont voués à être extrapolables à un plus grand nombre et ainsi à servir d'indicateurs.

De même, au cours de cette analyse, deux types de facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession ont été rapportés, et donc distingués : les « constats » et les « conseils ».

Les « constats » sont, par définition, peu sensibles à l'influence du médecin. Il s'agit, par exemple, du fait que « la médecine générale jouit d'une certaine reconnaissance sociale ».

Les « conseils », à contrario, sont des facteurs sur lesquels le praticien va pouvoir influencer, et donc mettre en application. Il s'agit, par exemple, du fait de « viser à un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée » ou « d'avoir recours à un secrétariat ».

Si constats et conseils ont été relevés dans la partie « Résultats », la synthèse réalisée dans la partie « Discussion » a, elle, été essentiellement basée sur les conseils.

III. RESULTATS

1. Sélection des articles :

Un total de 2976 articles a été obtenu après interrogation des banques de données et des moteurs de recherche. 7 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.

L'analyse des titres et des résumés a permis d'identifier 27 articles admissibles, après exclusion des doublons.

Après lecture intégrale de ces derniers, 7 ont été exclus (Annexe 5) :

- 3 revues systématiques de la littérature ne se limitant pas aux médecins français.
- 2 articles ne s'intéressant pas aux facteurs de maintien dans la profession, mais uniquement aux facteurs de recrutement.
- 2 articles n'ayant pas pu être récupérés : une étude étant introuvable par sa faculté d'origine, l'autre n'ayant pas pu nous être mise à disposition à temps.

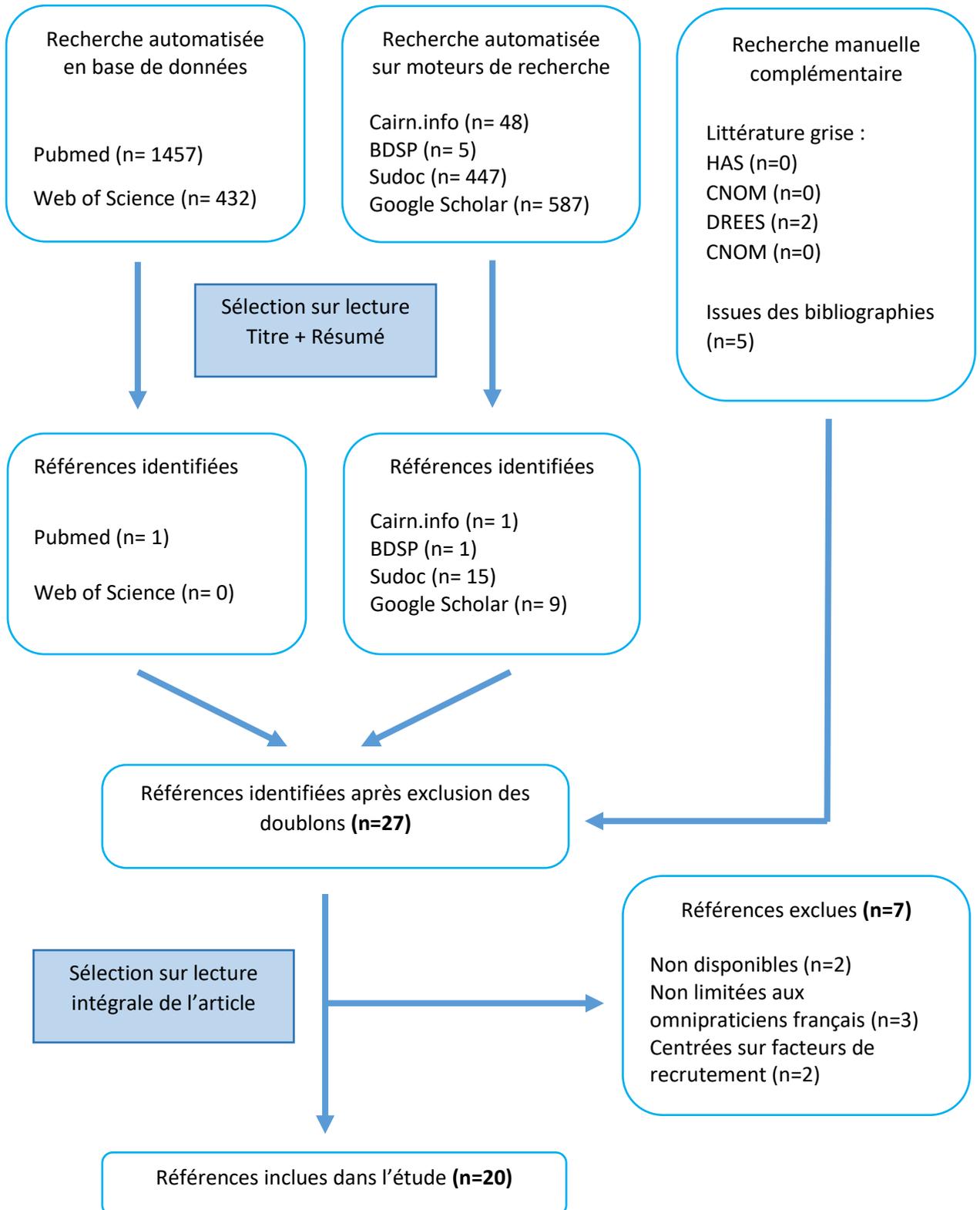
Finalement, 20 études ont été incluses pour l'analyse des résultats.

Voici leurs origines :

- Pubmed, Web of Science : 0
- Cairn.info : 1
- BDSP : 1
- Sudoc : 12
- Google Scholar : 1
- Bibliographies des articles inclus : 3
- Site de la DREES : 2
- Sites du CNOM, HAS, IRDES : 0

Le processus complet de sélection est repris dans le diagramme de flux ci-contre.

Figure 2 : Diagramme de flux de sélection et d'inclusion des articles



2. Articles inclus dans la revue :

Sur les 20 études incluses, 11 sont à visée « qualitative » et 9 sont à visée « quantitative ». Parmi ces dernières, 7 sont des études épidémiologiques descriptives transversales et 2 sont semi-quantitatives, dont une est dérivée de la méthode Delphi.

Deux études sont issues d'un organisme officiel, la DREES. (29,30) Une autre a été réalisée par un organisme expert en Santé publique, BVA, sur demande conjuguée du Sénat et de l'Académie de Médecine. (31) Les études restantes sont des thèses d'exercice de Médecine générale.

Les travaux de recherche inclus dans notre revue sont tous d'origine française. Ils sont globalement de faible niveau de preuve, puisqu'ils sont au mieux de Grade C et de Niveau 4, selon la grille d'évaluation du niveau de preuve scientifique de l'ANAES-HAS³ (Annexe 6).

A noter que 5 études incluses sont issues du projet européen « WoManPower », dirigé par l'EGPRN et co-piloté par un groupe de recherche de la Faculté de Brest. Ces travaux, de bonne qualité méthodologique, s'emploient à déterminer les modèles positifs et facteurs de satisfaction attribuables à la Médecine générale, dans l'optique de fournir aux pouvoirs publics des indications dans la lutte contre la crise démographique actuelle des Soins premiers.

Les études incluses et les principales données extraites sont récapitulées dans deux tableaux, l'un concernant les études qualitatives (Annexe 7), un second, les études épidémiologiques et semi-quantitatives (Annexe 8).

³ ANAES-HAS : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - Haute Autorité de Santé

3. Analyse des résultats :

a) Les études à visée « qualitative » : (25,30,32–40)

Les études qualitatives ne cherchent pas la représentativité, elles visent à obtenir un éventail le plus large possible de réponses. Ainsi, 90 facteurs de satisfaction professionnelle, s'apparentant à des « conseils », ont été répertoriés. (Annexe 9)

En voici les principales grandes lignes : adopter certains grands traits comportementaux (adaptabilité, humilité..) ; bien penser son installation, l'organisation de son cabinet et la gestion de son agenda ; instaurer de bonnes relations avec l'ensemble de ses interlocuteurs, patients et confrères ; ambitionner une pratique de qualité, pointue et professionnelle ; préserver sa vie personnelle ; enfin, s'investir dans la formation des étudiants et internes.

3 grandes catégories de déterminants de la satisfaction professionnelle faisant office de « constats » ont également été relevées : ceux propres au médecin généraliste lui-même, sa personnalité, son parcours professionnel ; ceux caractérisant la profession et notamment son cadre « libéral » ; enfin, ceux propres au contenu même de la pratique de la médecine générale : variée, stimulante, globale.. L'ensemble de ces facteurs et leurs origines respectives sont disponibles en Annexe 10.

Une étude qualitative en particulier peut être mise en relief, aussi bien pour sa qualité méthodologique que pour les enseignements rapportés. Il s'agit du travail mené par Anne Véga, Marie-Hélène Cabé et Olivier Blandin, pour le compte de la DREES, en 2008. (30,41,42)

Devant la prévision d'un nombre important de départs à la retraite de médecins généralistes, la DREES a souhaité explorer, à l'aide d'une étude qualitative rétrospective, les déterminants qui amènent certains praticiens à la cessation précoce d'activités, et ceux qui au contraire permettent à d'autres de s'épanouir et de persister dans la profession bien après l'âge de la retraite. Ainsi, un échantillon représentatif de 60 médecins généralistes ayant cessé leur activité, s'étant réorienté vers un autre mode de pratique comme le salariat, ou bien, au contraire, étant encore en activité après l'âge de la retraite, ont été interrogés lors d'entretiens d'une durée moyenne de 2 heures et demi.

Il en ressort que les médecins qui se sont épanouis : ont généralement choisi leur lieu d'installation en fonction d'aspirations à une certaine qualité de vie ; ont eu une organisation raisonnée de leur temps de travail ; ont remédié à la solitude de l'exercice en se créant un réseau de confrères, permettant les échanges ; sont restés dynamiques, n'hésitant pas à « déménager » en cas de situations conflictuelles ; ont éduqué, voire sélectionné, leur patientèle ; ont adapté leur pratique en fonction de besoins locaux, ou d'intérêts personnels, se façonnant, pour certains, un domaine « d'expertise » ; se sont investis dans des activités sortant du monde médical, tel que l'humanitaire ou la politique ; se sont assurés d'un revenu acceptable ; enfin, ont veillé à rester attractifs pour les jeunes générations, facilitant ainsi la recherche de collaborateurs ou, au moment venu, de successeurs.

Au moment de conclure, les auteurs avancent que « par opposition à ceux qui se sont laissés dépasser par leur pratique, les médecins qui se sont épanouis ont su prendre du recul sur leur quotidien, réfléchir leur exercice pour le maîtriser et non le subir, anticipant les difficultés au possible. Au final, ces praticiens se sont protégés. »

b) Les études à visée « quantitative » : (29,31,43–49)

Les études épidémiologiques ou semi-quantitatives recherchent à démontrer des liens statistiquement significatifs ou à établir des consensus à partir de facteurs bien précis. Nous allons reprendre ces études qui composent notre revue, une à une, pour en extraire leurs principaux résultats.

- Etude menée par la DREES, en 2007, intitulée « L'exercice de la médecine générale libérale : Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises » (29,43) :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale dans laquelle un échantillon représentatif de 1900 généralistes français ont été interrogés, entre autres, sur leur niveau de satisfaction professionnelle. Des analyses multivariées ont été réalisées à partir de différentes caractéristiques socioprofessionnelles. Un intervalle de confiance à 95% a été appliqué. Il en ressort que (29):

- La satisfaction professionnelle aurait tendance à diminuer dans les premières années d'exercice. Avant de repartir légèrement à la hausse à partir de 53 ans.
- Il existerait un lien entre une satisfaction professionnelle élevée et l'exercice en groupe, ou en Maison de Santé Pluri-professionnelle (MSP), ainsi qu'avec la pratique en Secteur 2.
- Un effet « paradoxale » a été mis en évidence. La satisfaction professionnelle aurait tendance à diminuer avec les durées de travail hebdomadaires trop importantes, mais augmenterait avec un nombre d'actes par semaine élevé (>120 vs <80 actes).
- La satisfaction professionnelle évoluerait en fonction de la composition de sa patientèle. Une proportion élevée de patients ayant entre 60 et 69 ans serait corrélée à une baisse de satisfaction professionnelle, alors qu'à l'inverse, une part importante de patients âgés de 70 ans ou plus serait associée à une hausse de la satisfaction professionnelle.
- Il n'a pas été noté d'effet significatif avec le genre ou la région d'origine.

Les « odds ratio » et intervalles de confiance pour la plupart de ces facteurs sont disponibles en Annexe 12.

Par ailleurs, la publication de Bérengère Saliba-Serre et Bruno Ventelou, en 2009, est également revenue sur les principaux résultats de cette étude. En plus des éléments déjà cités, elle nous apprend que « l'utilisation de l'informatique pour la gestion des tâches administratives » irait de pair avec une meilleure satisfaction professionnelle. (43)

- Etude menée par le groupe expert BVA, en 2008, intitulée « Le rôle et la place du médecin généraliste en France » (31) :

Ce travail de recherche a été réalisé sur demande combinée de l'Académie de Médecine et du Sénat. L'étude est semi-quantitative, avec une première partie épidémiologique descriptive et une deuxième partie qualitative, basée sur des focus groups, discutant et approfondissant les résultats de la première partie.

Il ressort de la partie épidémiologique, qui a interrogé un panel représentatif de 500 médecins généralistes, que les 3 « aspects les plus importants dans l'exercice du métier »

seraient : la relation médecin-patient, l'épanouissement personnel et familial, et la possibilité d'exercer le métier du mieux possible.

Dans la deuxième partie de l'étude, les focus groups ont précisé ces 3 principales sources de satisfaction professionnelle, en y associant des conseils de pratique :

Concernant la relation médecin-patient, il est recommandé d'accepter les évolutions de ce rapport singulier, notamment vis-à-vis de l'émergence de nouvelles sources de renseignements pour les patients comme « Internet ». La désacralisation de la parole du médecin doit être actée et doit permettre d'introduire une nouvelle relation médecin-patient insistant sur la pédagogie, la transparence et la sincérité.

Concernant l'épanouissement personnel et familial, il est nécessaire de bien dissocier vie professionnelle et vie privée. Pour ce faire, la charge de travail et la disponibilité du médecin devront être limitées. Dans cette optique, l'exercice en groupe est décrite comme une voie à privilégier.

Enfin, concernant la volonté d'exercer au mieux son métier, il est conseillé de continuer à parfaire ses connaissances médicales, ainsi que de consacrer, si possible, assez de temps à chacun de ses patients.

➤ Thèse d'exercice de Marine Drogou, une étude semi-quantitative dérivée de la méthode Delphi (44) :

Les études de type Delphi visent à réunir des « experts » d'un domaine pour que ceux-ci établissent des consensus. Dans sa thèse d'exercice, issue du projet « WoManPower », Marine Drogou a interrogé 27 Maitres de Stage Universitaires (MSU) de la Faculté de Brest. Ces derniers ont évalué de manière collégiale 33 facteurs de satisfaction professionnelle attribuables aux omnipraticiens et identifiés dans les études qualitatives préalablement réalisées dans le cadre du projet de l'EGPRN. Ils devaient, ainsi, statuer sur « l'importance pour le bien-être du praticien » de chacun de ces facteurs. Au final, 31 items sur 33 ont fait consensus. (Tableau 2)

Les 2 facteurs qui n'ont pas fait consensus ont été les items « avoir des points communs avec ses patients » et « être là pour le patient ». Le premier n'a pas été considéré comme

indispensable, le second comme allant à l'encontre d'un autre facteur de satisfaction professionnelle essentiel : « un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée ».

Tableau 2 : Facteurs de satisfaction professionnelle ayant fait consensus auprès des MSU :

CONSEILS	CONSTATS - Facteurs de recrutement
Faire preuve d'adaptabilité (patients, maladies,...) Travailler ses capacités de communication Vivre des expériences positives en début de carrière Choisir son lieu d'installation, ses collaborateurs Avoir des relations harmonieuses avec ses confrères Avoir une bonne gestion de son cabinet, de son agenda Instaurer respect et confiance avec ses patients Travailler sa capacité de négociation avec les patients S'enrichir d'expériences humaines Avoir une vie privée épanouie, prendre soin de soi Avoir un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle Trouver le juste équilibre entre rémunération et charge de travail Etre enseignant ou maître de stage Etre attractif pour les jeunes médecins généralistes Etre impliqué dans la réflexion sur la profession Participer à la FMC, continuer à se former	Avoir eu un médecin plus âgé comme modèle Choisir ce métier par vocation Aimer son travail La liberté d'installation, de choisir ses collaborateurs La sécurité de l'emploi La reconnaissance de la société et de la communauté médicale La reconnaissance des patients La Médecine générale reconnue comme spécialité Une stimulation intellectuelle quotidienne La coordination des soins, défense des intérêts du patient Avoir une approche centrée sur le patient Etre médecin de famille Pouvoir suivre ses patients au long cours La variété dans l'activité La possibilité de diversifier son activité

➤ Les études épidémiologiques issues de thèses d'exercice de Médecine générale :
(45–49)

5 thèses d'exercice prenant la forme d'études descriptives transversales, de niveau méthodologique modéré selon l'échelle d'évaluation Newcastle-Ottawa, ont été incluses dans notre travail de recherche. Leurs principaux résultats sont disponibles en Annexe 13.

Dans un but de synthèse, le tableau ci-après (Tableau 3) reprend l'ensemble des liens statistiquement significatifs mis en évidence dans les différentes études descriptives transversales de notre revue.

Tableau 3 : Synthèse des liens statistiquement significatifs mis en évidence dans les études descriptives transversales de notre revue :

Facteurs	Liens statistiquement significatifs
Age	<p>La Satisfaction Professionnelle (SP) diminue jusqu'à 53 ans, puis repart légèrement à la hausse par la suite (DREES)</p> <p>Chez les médecins installés depuis moins de 5 ans, la SP est plus élevée chez les plus jeunes (Milliasseau)</p>
Délai d'installation	<p>Chez les médecins installés depuis moins de 5 ans, la SP est plus élevée chez ceux s'étant installés tôt (Milliasseau)</p>
Genre	<p>La Qualité de vie personnelle est plus importante chez les femmes (Serres)</p> <p>Pas d'effet significatif du genre sur la SP (DREES)</p>
Secteur 2	<p>La SP est plus élevée avec l'exercice en secteur 2 (DREES)</p>
Exercice en groupe	<p>La SP est plus élevée avec l'exercice en groupe ou en MSP (DREES)</p>
Organisation du cabinet	<p>Pas d'effet significatif du mode d'organisation du cabinet sur la Qualité de vie (Serres)</p> <p>La Qualité de vie personnelle augmente avec le fait de « ne pas répondre au téléphone » (Serres)</p>
Informatique	<p>La SP est plus élevée avec l'utilisation de l'informatique pour la gestion des tâches administratives (DREES)</p>
Organisation agenda / charge de travail	<p>La SP diminue avec une durée de travail hebdomadaire élevée, mais augmente avec un nombre d'actes par semaine élevé (DREES)</p> <p>La SP est plus élevée avec la pratique du « Sur rendez-vous strict » qu'avec le mode de consultation « mixte » (Milliasseau)</p> <p>La SP a <u>tendance</u> à augmenter avec une charge de travail moindre et un temps de repos plus conséquent (Milliasseau)</p>
Activités complémentaires	<p>La SP augmente avec l'item « peu » d'activités complémentaires (Milliasseau)</p> <p>La SP augmente avec les activités complémentaires, dont les sports et loisirs (Arvers)</p> <p>Pas d'effet significatif de la diversification des activités professionnelles sur la SP (Arvers)</p> <p>L'épanouissement professionnel augmente avec la pratique de l'hypnose (Arvers)</p>
Composition patientèle	<p>La SP baisse avec une part élevée de sa patientèle âgée de « 60-69 ans » et augmente avec celle de « 70 ans ou plus » (DREES)</p>
Vie personnelle	<p>La SP augmente avec une vie privée épanouie et un nombre de congés élevé</p>

	(Milliasseau)
--	---------------

IV. DISCUSSION

1. 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 à de jeunes médecins généralistes souhaitant s'installer : adopter quelques grands préconçus comportementaux ; réfléchir son installation, l'organisation de son cabinet, l'organisation de son agenda ; préserver son temps de vie privée ; veiller à entretenir de bonnes relations aussi bien avec ses patients qu'avec l'ensemble de ses interlocuteurs ; ambitionner un certain niveau de pratique ; enfin, devenir maître de stage.

Dans la suite de notre exposé, pour alimenter notre réflexion, nous allons comparer les différents points relevés précédemment à deux études :

- Premièrement, au « Bilan d'activités de l'année 2017 » de l'Association MOTS⁴ (50), organisme créé en 2010 avec le concours du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne, qui vise à venir en aide aux médecins en difficulté. Il nous a paru intéressant de faire le parallèle entre les motifs de recours à cette association et nos facteurs prédictifs de satisfaction professionnelle, renforçant ainsi l'idée que s'ils ne sont pas appliqués par les praticiens, ces derniers s'exposent, en outre, à un risque accru d'épuisement professionnel.
- Et secondairement, à l'étude de l'ISNAR-IMG⁵ (51), 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 premiers. (30,52) Il nous a donc paru opportun de comparer nos facteurs de satisfaction professionnelle aux modes de fonctionnement envisagés par ces futurs praticiens.

⁴ Association MOTS : « Médecin Organisation Travail Santé »

⁵ ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

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

1) D'adopter quelques grandes lignes comportementales

Une des attitudes phares recommandées 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. En cas de difficultés, une certaine capacité de résilience (moindre impact émotionnel) sera utile au praticien. Il s'agira alors, pour lui, de trouver la bonne distance aux choses, afin de s'adapter en prenant les décisions qui s'imposent, comme diminuer sa charge de travail ou reprendre l'éducation de sa patientèle.

D'autres grands traits d'attitude ressortent de notre revue : être tolérant, apprendre à ne pas juger, faire preuve d'humilité en visant à rester quelqu'un d'ordinaire, mais pour autant assumer son statut, en s'affirmant et en faisant preuve d'une certaine assurance au cours des consultations.

Enfin, s'il est conseillé de savoir s'adapter, il ne faut pas forcément non plus vouloir plaire à tout le monde. Il est, ainsi, préférable de rester en accord avec soit même, avec ses convictions.

Ces prérequis comportementaux ne sont pas anodins. Sous-tendu par une tendance commune au perfectionnisme, le manque de prise de recul serait, selon les médecins conseils de l'Association MOTS, un des principaux déterminants négatifs repéré chez les praticiens en difficulté. (50) Dans leurs travaux 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 fortement valorisés. (30)

2) 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.

Au préalable, il est recommandé de s'être fait, au travers de divers remplacements, un aperçu des différents modes de fonctionnement envisageables, permettant ainsi un choix d'organisation éclairé. Ce prérequis paraît être 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 de faire des remplacements dans un premier temps. (51)

Le choix du moment est à réfléchir. En dehors de se montrer patient, il est conseillé que l'installation constitue en soi un « projet familial », permettant ainsi de s'assurer d'un soutien secondaire. De même, il faut avoir à l'esprit que les débuts d'une installation sont parfois difficiles financièrement, du fait d'une activité ne compensant pas forcément tout de suite les investissements initiaux consentis. 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. (Annexe 14)

Concernant le lieu de l'installation, il est préconisé de bien le connaître, d'y avoir exercé si possible auparavant. Le choix se fera en fonction des aspirations personnelles de chacun, de la démographie médicale, du réseau de soins (spécialistes, hôpital, service d'Urgence), du projet de famille (emploi pour le conjoint), du contexte local et de la sécurité environnante.

L'installation en groupe ou en MSP est, par ailleurs, nettement mise en avant dans notre revue. On rappellera un lien statistiquement significatif avec la satisfaction professionnelle dans l'étude de la DREES de 2007. (29) 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.

3) 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. Ainsi, le recours à un secrétariat est jugé « indispensable » par une large majorité. Et ceci va de pair avec une autre réflexion à avoir : la gestion de la charge téléphonique.

Un autre conseil est largement relayé, l'attention portée à se montrer attractif vis-à-vis des jeunes générations de médecins, notamment dans l'optique de trouver des remplaçants, condition bien souvent sine qua non à la prise de vacances en quantité suffisante par les praticiens.

Ces différents moyens organisationnels relevés dans notre étude peuvent d'autant plus être mis en relief que les conseils de « réorganisation professionnelle » représentaient, après l'écoute et le soutien, les principales mesures préconisées par les médecins conseils de l'Association MOTS en 2017 : recours à un secrétariat, à un comptable, informatisation du cabinet, recherche de remplaçants. (Annexe 14)

Il est à noter, selon l'étude de l'ISNAR-IMG, que les internes paraissent avoir conscience de l'impérativité de ces mesures organisationnelles (secrétariat, informatique, télétransmission). (51)

4) L'organisation de son temps professionnel est « primordiale »

Le travail de Julie Micheau et d'Eric Molière, en 2010, pour le compte de la DREES, confirme cet impératif. (53) 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. Cette dernière serait influencée par des facteurs plus subjectifs, telle que « la satisfaction issue de la maîtrise de son temps de travail », permettant une bonne qualité de travail et un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée ».

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 notre revue. Dans l'étude d'E.Milliasseau (49), 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.

A noter que si les internes semblent s'être appropriés le bien-fondé des moyens organisationnels, ils paraissent, par contre, ne pas 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 ». (51)

Le rythme de travail doit, pour sa part, être « adapté », permettant au praticien d'ambitionner confort et qualité de pratique. De même, il est recommandé d'appliquer une certaine dose de flexibilité à son agenda, pour pallier aux imprévus (consultations complexes, urgences), comme aux fortes affluences (périodes épidémiques). Les problématiques des « consultations du jour », des visites et de la manière de traiter le travail administratif devront également être réfléchies et anticipées.

Pour illustrer ces prérequis, dans une seconde partie de leur étude, Julie Micheau et Eric 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. » (53)

5) 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 portée aux relations avec ses propres collaborateurs, puisque 38 % des médecins ayant eu recours à l'Association MOTS en 2017 exerçaient « en groupe ». (50) 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.

Ainsi, si entraide et soutien doivent être de mise entre associés, il faut viser également à s'assurer d'un certain respect, qui passe par exemple par une bonne répartition des tâches au

sein du cabinet. Il est conseillé, par ailleurs, d'éviter la concurrence avec ses associés et de veiller à ne pas leur faire supporter le poids de ses absences.

D'autre part, il est souhaitable, à minima, de connaître les ressources disponibles sur le secteur. Au mieux, le praticien se façonnera un réseau de correspondants (spécialistes, paramédicaux) compétents et complémentaires.

Enfin, des relations chaleureuses avec les internes et étudiants sont recommandées. Elles favoriseront, en outre, le recrutement dans la profession, voire dans le secteur géographique.

6) La pratique médicale

Il est recommandé de viser à une pratique pointue et professionnelle, d'ambitionner d'être l'« expert des Soins premiers », 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. Ainsi, s'il est souhaitable de connaître ses limites et de savoir dire qu'on ne sait pas, il est conseillé pour autant de ne pas déléguer trop vite à ses correspondants. Ceci nécessite, par ailleurs, d'apprendre à gérer au mieux l'incertitude médicale inhérente aux soins de premier recours, faisant fi notamment du poids du « médico-légal ».

La diversification, ou la spécialisation, de son activité est un sujet qui fait, pour sa part, débat. Dans les études qualitatives de notre revue, nombreux sont les médecins qui la mettent en avant, pour son aspect stimulant et son intérêt intellectuel. Cependant, les études quantitatives ne corroborent pas toujours ce préconçu. Dans l'étude d'E.Milliasseau (49), 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 (24), où un panel d'experts des Soins premiers, venus de tout horizon (MSU, ARS, CPAM), ont été invités à se prononcer sur des leviers censés favoriser 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. Perçues comme des « bols d'air » dans une pratique parfois monotone, elles sont, de plus, le lieu de rencontres, d'échanges et de soutiens entre professionnels.

7) 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 ». (54,55) 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 de la patientèle doit être instaurée d'emblée. Elle doit introduire respect et confiance. Dans cette optique, il est conseillé d'éviter le copinage, de faire attention aux manipulations et de réfléchir à la place du tutoiement. L'éducation de ses patients doit porter sur différents éléments, dont le mode de fonctionnement du cabinet, l'organisation de la permanence de soins, le respect de la vie privée du médecin, ou encore la sensibilisation aux problématiques d'économie de santé. Le praticien devra, enfin, se montrer intangible, savoir dire « non », quitte à opérer à une sélection « passive » de ses patients.

A 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 ». (31)

Enfin, de bonnes capacités de communication ne sont pas toujours innées, il est ainsi souhaitable de se former à ces techniques relationnelles. De même, de nombreux autres conseils pratiques sur le sujet sont rapportés dans notre revue : prendre le temps de parler avec ses patients, être conscient de l'impact psychologique que l'on peut avoir sur eux, ne pas s'attendre systématiquement à de la gratitude de leur part, ou encore faire attention au « secret médical », même avec sa propre famille.

8) 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 « difficultés de vie privée » arrivent aux premières places des problématiques repérées chez les médecins ayant recours à l'Association. ([Annexe 14](#))

Un juste équilibre entre vie privée et professionnelle doit donc être trouvé. Ce prérequis est, par ailleurs, largement intégré par les jeunes médecins en formation. Dans l'étude de l'ISNAR-IMG, ils n'envisageaient, en moyenne, qu'un exercice hebdomadaire de 42 heures⁶, démontrant ainsi leur réelle volonté de préserver leurs vies personnelles. (51)

Dans l'optique de bien séparer ces deux temps de vie, plusieurs conseils pratiques ressortent de notre revue, parmi lesquels le fait de « laisser la médecine au cabinet », de viser à ne pas être joignable au domicile, ou de se questionner sur différentes problématiques, telles que l'éloignement à appliquer entre son lieu de vie et son cabinet, son investissement dans la vie de la communauté, ou encore le bien-fondé du suivi médical de ses proches.

Si vie personnelle est globalement synonyme de vie familiale, il est aussi souhaitable de veiller à se garder du temps « pour soi », de ne pas renoncer à ses loisirs, à ses passions, et d'ambitionner une vie sociale épanouie. De même, le médecin devra viser à préserver sa propre santé, autant mentale que physique, en s'astreignant à avoir une bonne hygiène de vie (sport, sommeil), ainsi qu'un suivi médical par un confrère. Souscrire à une bonne couverture assurantielle, pour prévenir toute maladie ou arrêt de travail inopiné, est enfin vivement conseillé.

⁶ Pour une moyenne des omnipraticiens actuellement en poste de 57 heures par semaine (56)

Sans surprise, il est bien évidemment recommandé de prendre du temps pour sa famille, de voir grandir ses enfants, de préserver son couple. Dans ce sens, un élément jugé indispensable par certains, et corroborant la nécessité de « projet familial », était de viser à l'épanouissement de son conjoint.

Enfin, comme pour tout constituant du quotidien d'un médecin généraliste, il est conseillé d'« optimiser » son temps de vie personnelle, en se déchargeant si possible de certaines tâches domestiques (ménage, courses).

9) Devenir maître de stage

S'investir dans la formation des étudiants et internes est globalement décrit de manière positive dans notre revue. Cela permettrait au praticien, entre autres, de lutter contre l'isolement, de remettre régulièrement en question sa pratique, ou encore d'avoir la satisfaction d'apporter sa pierre à l'édifice.

Les étudiants ne seraient pas insensibles à ce conseil. Dans l'étude de l'ISNAR-IMG, 70% d'entre eux envisageaient de devenir maître de stage ultérieurement. (51)

Dans la même dynamique, s'impliquer dans la réflexion et le futur de la profession est considéré comme source de satisfaction professionnelle.

2. Qu'en est-il sur le plan international ?

Nous avons fait le choix pour notre revue de la littérature de ne sélectionner que les études portant sur des médecins généralistes français. En effet, l'extrapolation à partir d'études internationales est limitée du fait d'organisations de système de santé propres à chaque pays. Pour exemple, si le principal mode de rémunération, en France, est encore le paiement à l'acte, au Royaume-Uni, les généralistes sont rémunérés par capitation⁷, à quoi vient s'ajouter une part de salariat. (57) De même, alors que la durée moyenne des

⁷ Capitation : mode de rémunération où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins prodigué.

consultations d'un omnipraticien, en France, serait de près de 18 minutes (56), au Royaume-Uni, elle était jusqu'il y a peu d'à peine plus de 10 minutes. (3)

Néanmoins, la comparaison de nos résultats à ceux d'études internationales peut s'avérer informatif.

En préambule du projet européen « WoManPower », l'EGPRN a réalisé en 2014 une revue systématique de la littérature internationale (22), vouée à faire la synthèse de toutes les études déjà parues sur « les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes ». Entre autres, six publications identifiées provenaient du Canada, quatre d'Australie et trois d'Allemagne.

Le premier enseignement à en retirer est que la plupart des déterminants de satisfaction professionnelle répertoriés dans cette étude sont similaires aux nôtres. (Annexe 15)

Il paraît, ensuite, intéressant de revenir sur un résultat en particulier. Les études quantitatives incluses dans cette revue rapportent que les praticiens avec les revenus les plus conséquents étaient en moyenne les moins satisfaits professionnellement, et ce du fait de charges de travail trop élevées. Ces résultats s'opposent à ceux des travaux de la DREES, inclus dans notre propre revue (29). En effet, dans notre étude, si la satisfaction professionnelle des praticiens évoluait positivement avec un faible nombre d'heures de travail hebdomadaire, elle se majorait également avec un nombre élevé d'actes réalisés par semaine.

Ces résultats paradoxaux et contradictoires s'expliquent probablement par le fait que la relation entre la rémunération et la satisfaction professionnelle n'est pas linéaire. Trop peu d'actes réalisés, ou au contraire un nombre trop conséquent, peuvent tous deux être à l'origine d'une baisse de la satisfaction professionnelle du praticien. Le tout est donc de trouver le juste compromis entre charge de travail et rémunération. En fonction de son âge, de sa personnalité ou de ses aspirations personnelles, chacun déterminera son « juste » équilibre.

3. 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. (Annexe 6)

Par ailleurs, malgré le fait que nous avons réalisé notre revue de la littérature selon une méthode dérivée des recommandations internationales PRISMA 2009 (27), 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 se justifie par le fait que le contexte des Soins premiers évolue. La Médecine générale est devenue une spécialité en 2002, un DES spécifique a été créé en 2004. (1) La démographie médicale des Soins premiers a elle aussi évolué, passant d'une situation de « pléthore », dans les années 1990, à la « pénurie » actuelle. (10) Ainsi, des conseils de médecins ayant exercé dans un contexte trop éloigné aurait pu s'avérer peu pertinents, voire inopportuns.

Les études portant exclusivement sur une sous-population de médecins 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 (45) 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 travaillaient 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 médecins 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.

V. CONCLUSION

Les Soins premiers sont le lieu, et ce depuis quelques années, de profondes mutations : une démographie médicale en baisse, de nouvelles aspirations de qualité de vie de la part des jeunes générations d'adultes, ainsi qu'une réorganisation des schémas familiaux secondaire à l'entrée des femmes sur le marché du travail. Tout ceci contribue, plus ou moins directement, à majorer l'inadéquation grandissante entre l'offre et la demande de soins en médecine de premier recours et à accentuer ainsi la pression qui pèse sur les épaules des omnipraticiens. Dès lors, il paraît nécessaire pour ces derniers qu'ils portent une réflexion sur leur exercice, afin de s'assurer une pratique épanouissante et pérenne.

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 de bonnes conditions d'exercice, et ce sur le long terme.

Si certains facteurs de pratique, tel que l'exercice en groupe, paraissent faire aujourd'hui consensus, et sont connus des jeunes médecins en formation, d'autres ne font pas encore référence. Dès lors, il serait intéressant de tester et de faire valider d'autres mesures organisationnelles, telles que la pratique du « sur rendez-vous strict », « la maîtrise de la taille de sa patientèle », ou encore la « durée optimale à prévoir pour chaque consultation ». Une fois leurs effets positifs démontrés sur l'exercice quotidien du médecin, ils pourraient alors être enseignés au cours de différentes formations, permettant ainsi aux futurs praticiens de disposer d'un certain nombre d'indications au moment de faire leur entrée dans la profession.

Par ailleurs, cette mise en lumière de moyens organisationnels permettant d'ambitionner une pratique épanouissante pourrait venir solutionner en partie 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 médecins pour l'exercice libéral est plus le fruit d'une méconnaissance et d'un manque de formation à ce mode d'exercice qu'à un choix éclairé ».

BIBLIOGRAPHIE :

1. Druais P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015. 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. Rawaf S, De Maeseneer J, Starfield B. From Alma-Ata to Almaty: a new start for primary health care. *Lancet Lond Engl*. 18 oct 2008;372(9647):1365-7.
3. Royal College of General Practitioners. General Practice 2022 - Vision for General Practice in the future NHS [Internet]. Royal College of General Practitioners. 2013. Disponible sur: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/general-practice-2022.aspx>
4. Gallois P. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine* [Internet]. 2006. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=M%E9decine%20g%E9n%E9rale%20en%20crise%203A%20faits%20et%20questions.&_sort=auto&_start=1
5. Dusmesnil 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* [Internet] 1 oct 2009;21(4):355-64. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>
6. Edey Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes libéraux en France et conflit travail-famille, une revue de littérature [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01528826>
7. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale 2015 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2015. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
8. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016: Les projections des effectifs de médecins [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche19-3.pdf>
9. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus>
10. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La demographie medicale a l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales [Internet] DREES. 2009. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
11. 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 [Internet]. DREES. 2006. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/343434/>

12. Kahn-Bensaude I. La féminisation : une chance à saisir [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2005. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
13. 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. [Internet] 16 déc 2011;(2):9-28. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2011-2-page-9.html>
14. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016: Les trajectoires des jeunes diplômés de médecine générale [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche16-3.pdf>
15. Ponthieux S, Schreiber A. Dans les couples de salariés, la répartition du travail domestique reste inégale – Données sociales : La société française [Internet]. Insee. 2006. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371951?sommaire=1372045>
16. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2010. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes>
17. Galam É. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070723.pdf
18. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec M-J. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) [Internet]. IRDES. 2004. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=%C9volution%20de%20la%20carri%20E8re%20lib%20E9rale%20des%20m%20E9decins%20g%20E9n%20E9ralistes%20selon%20leur%20date%20d%20installation&_sort=auto&_start=1
19. 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. mars 2002;51(3):223-8.
20. 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. sept 2007;32(3):203-12.
21. Bourgueil 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. [Internet]. IRDES. 2006. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=Comment%20am%20E9liorer%20la%20r%20E9partition%20g%20E9ographique%20des%20professionnels%20de%20sant%20E9%20%3F&_start=1
22. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. BMC Fam Pract. 13 2016;17(1):133. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5020554/>
23. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Rout U, Sutherland V. GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? Fam Pract. oct 2000;17(5):364-71.

24. 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]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630734/document>
25. Bovay F. Satisfaction chez les médecins généralistes installés: enquête qualitative par entretiens semi dirigés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
26. Bosser P-M. WoManpower: Quels modèles positifs pour augmenter le recrutement et le maintien des généralistes : Une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
27. Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues de la littérature et les méta-analyses. Kinésithérapie Rev. [Internet] 1 janv 2015. Disponible sur: https://ac.els-cdn.com/S177901231400432X/1-s2.0-S177901231400432X-main.pdf?_tid=009ab451-7788-43df-9058-16be02c3b7bc&acdnat=1528448232_13801c6d40b5c9ff8dde12c0768ebfc5
28. Constructeur de Requêtes Bibliographiques Médicales [Internet]. CISMef. Disponible sur: <http://cispro.chu-rouen.fr/querybuilder/>
29. Aulagnier M, Ventelou B, Saliba-Serre B, Obadia Y, Paraponaris A. L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=L%20exercice%20de%20la%20m%E9decine%20g%E9n%E9rale%20lib%E9rale%20Premiers%20r%E9sultats%20d'un%20panel%20dans%20cinq%20r%E9gions%20fran%20aises&_sort=auto&_start=1
30. Véga C, Blin. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. [Internet] Ministère des Solidarités et de la Santé 2008;15. Disponible sur: <http://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>
31. Sliman G, Perigios E, Audic Y. Le rôle et la place du médecin généraliste en France : sondage BVA, mars 2008. [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=L%20r%E4le%20et%20la%20place%20du%20m%E9decin%20g%E9n%E9raliste&_sort=auto&_start=4
32. L'Echelard S. Satisfaction chez les médecins généralistes installés: enquête qualitative par focus group [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
33. Decombas J. Quels sont les facteurs positifs qui déterminent l'attractivité de la médecine générale et le maintien dans la profession?: réalisation d'une carte heuristique à partir du livre de codes WomanPower français [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2013. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/1031829/filename/These-Medecine_generale-2013-DECOMBAS_Juliette.pdf
34. Hefner J-P. Déterminants de la satisfaction des Médecins Généralistes en France Métropolitaines: enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigé [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2014.

35. Derveaux N. Etude qualitative auprès de treize médecins généralistes visant à explorer les stratégies pour être un médecin heureux [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
36. Gangloff B. Le bien-être psychologique des médecins généralistes: Une étude qualitative auprès de médecins généralistes alsaciens et mosellans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2015.
37. Grau J. Les déterminants du bien être au travail des médecins généralistes des Pyrénées Orientales, d'après l'expérience vécue [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
38. Sajie R. Exercice de la Médecine Générale: entre stress et satisfactions : enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes installés en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2011.
39. Laverriere A. Satisfaction professionnelle des médecins généralistes installés depuis plus de 10 ans: une étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France] Faculté de médecine, Université Jean Monnet S-Étienne; 2010.
40. Lejars-Bouillot C. Facteurs déterminants l'équilibre de vie des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2014.
41. Vega A. Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux -Tome 1 [Internet] DREES. 2007;115. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud73.pdf>
42. Cabé M-H, Blandin O. Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux - Tome 2 [Internet] DREES. 2008;85. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud77.pdf>
43. Saliba-Serre B, Ventelou B. 44. L'exercice de la médecine de ville: entre changement et continuité. In: Traité d'économie et de gestion de la santé. Presses de Sciences Po (PFNSP); 2009. p. 407–414.
44. Drogou M. Identification des facteurs pertinents de satisfaction en médecine générale: recherche de consensus par la méthode RAND UCLA [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01529443>
45. 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. [Thèse d'exercice] Dijon, France: Université de Bourgogne; 2016.
46. Arvers Y. Bénéfices de la diversification de l'activité, et de l'hypnose médicale, sur l'épanouissement professionnel des médecins généralistes (satisfaction professionnelle, stress professionnel et syndrome d'épuisement professionnel) [Thèse d'exercice]. Faculté de Toulouse. 2016. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1576/1/2016TOU31118.pdf>
47. Querbes V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan [Thèse d'exercice]. Faculté de Rennes. 2015.
48. Rossignol P. La qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux: Étude descriptive à partir d'une enquête de satisfaction sur le territoire de santé 3 du Bas Rhin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2015.

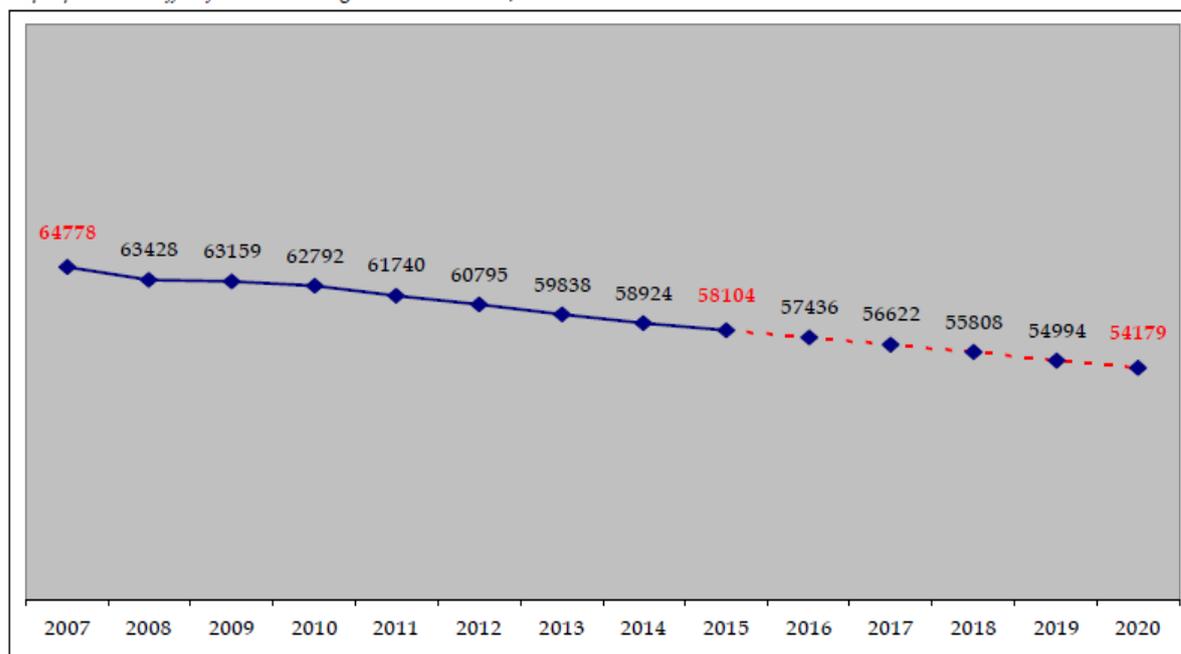
49. Milliasseau E. Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes: à propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
50. Association MOTS: accompagnement de médecins en difficulté à Toulouse [Internet]. Disponible sur: <https://www.association-mots.org/>
51. ISNAR-IMG. Les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
52. 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. [Internet] 1 févr 2008;4(2):89-93. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/375810/>
53. Micheau J, Molière É. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail [Internet] DREES 2010;15. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
54. Kieffer V, Petit C. Quelle formation pour le médecin généraliste psychothérapeute de fait? [Thèse d'exercice] France ; 2010. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_STROIA_KIEFFER_VALENTINA.pdf
55. 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/ccdpc-cpcmc/bc-cds/pdf/tt2resource_f.pdf
56. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016: Les conditions de travail des médecins généralistes [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
57. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016: Rémunération des médecins et des infirmiers: comparaisons internationales [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche10-3.pdf>
58. DREES. Portrait des professionnels de santé - édition 2016: Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf>
59. Pereira PF. Modèles positifs et satisfaction en médecine générale: une revue de littérature [Thèse d'exercice]. Université de Brest. 2009.
60. Floch PL. Positive factors favouring recruitment in general practice: Delphi consensus research and nominal group hierarchy with general practitioners decision-makers. [Thèse d'exercice] Brest. 31 août 2017;63.
61. Danel B. Recherche de critères associés à la qualité de vie du médecin généraliste: étude menée lors d'un week-end de formation de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.

ANNEXES :

Annexe 1 : Baisse de 10% des effectifs de médecins généralistes libéraux ou mixtes en 10 ans

Graphique issu de l'Atlas de la démographie médicale 2015, édité par le CNOM (7)

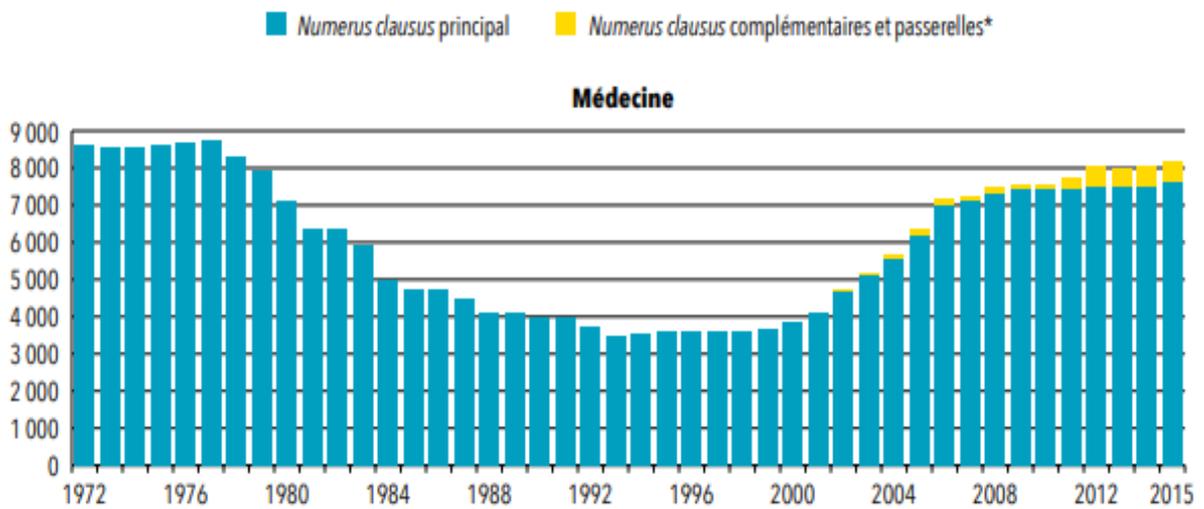
Graphique n°101: Effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes- De l'observé à l'attendu



Annexe 2 : Evolution du Numéris clausus depuis son instauration

Graphique issu du Portrait des professionnels de santé - Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé, édité par la DREES en 2016

(58)



Annexe 3 : Echelle d'évaluation de Newcastle-Ottawa :

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE (adapted for cross sectional studies)

Selection: (Maximum 5 stars)

- 1) Representativeness of the sample:
 - a) Truly representative of the average in the target population. * (all subjects or random sampling)
 - b) Somewhat representative of the average in the target population. * (non-random sampling)
 - c) Selected group of users.
 - d) No description of the sampling strategy.
- 2) Sample size:
 - a) Justified and satisfactory. *
 - b) Not justified.
- 3) Non-respondents:
 - a) Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory. *
 - b) The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory.
 - c) No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders.
- 4) Ascertainment of the exposure (risk factor):
 - a) Validated measurement tool. **
 - b) Non-validated measurement tool, but the tool is available or described.*
 - c) No description of the measurement tool.

Comparability: (Maximum 2 stars)

- 1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. Confounding factors are controlled.
 - a) The study controls for the most important factor (select one). *
 - b) The study control for any additional factor. *

Outcome: (Maximum 3 stars)

- 1) Assessment of the outcome:
 - a) Independent blind assessment. **
 - b) Record linkage. **
 - c) Self report. *
 - d) No description.
- 2) Statistical test:
 - a) The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value). *
 - b) The statistical test is not appropriate, not described or incomplete.

Annexe 4 : Echelle d'évaluation Coté-Turgeon :

Figure 1 : Grille de lecture critique d'un article de recherche qualitative en médecine (Grille Côté-Turgeon)			
	Oui	±	Non
L'introduction			
1- La problématique est bien décrite et est en lien avec l'état actuel des connaissances.	-	-	-
2- La question de recherche est clairement énoncée et est pertinente pour une recherche qualitative (ex : processus de prise de décision, relation médecin-patient, expérience de soins).	-	-	-
Les méthodes			
3- Le contexte de l'étude et le rôle des chercheurs sont clairement décrits (ex : milieu dans lequel se déroule l'étude, biais).	-	-	-
4- La méthode est appropriée à la question de recherche (ex : phénoménologique, théorisation ancrée, ethnographique).	-	-	-
5- La sélection des participants est justifiée (ex : informateurs-clés, cas déviants).	-	-	-
6- Le processus de recueil des informations est clair et pertinent (ex : entrevue, groupe de discussion, saturation).	-	-	-
7- L'analyse des données est crédible (ex : triangulation, vérification auprès des participants).	-	-	-
Les résultats			
8- Les principaux résultats sont présentés de façon claire.	-	-	-
9- Les citations favorisent la compréhension des résultats.	-	-	-
La discussion			
10- Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices	-	-	-
11- Les limites de l'étude sont présentées (ex : transférabilité).	-	-	-
La conclusion			
12- La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées.	-	-	-

A noter : 2 points ont été comptés pour un « OUI », 1 point pour un « oui partiel », 0 point pour un « NON ». L'échelle était donc sur 24 points.

Annexe 5 : Références des articles exclus après lecture intégrale

Etudes ne se limitant pas aux médecins français :

- Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, (22)
- Modèles positifs et satisfaction en médecine générale : une revue de littérature. Fernandes Pereira P. Thèse de médecine, 2009 (59)
- WoManpower : Quels modèles positifs pour augmenter le recrutement et le maintien des généralistes : Une revue de la littérature. Bosser P-M. Thèse de médecine, 2011 (26)

Etudes portant sur les facteurs de recrutement pour la Médecine générale, et non sur les facteurs de maintien dans la profession :

- Positive factors favouring recruitment in general practice : Delphi consensus research and nominal group hierarchy with general practitioners decision-makers. Le Floch P. Thèse de médecine, 2017 (60)
- Positive factors favouring recruitment in general practice : Delphi consensus research and nominal group hierarchy with general practitioners decision-makers. Cam M. Thèse de médecine, 2017 (24)

Articles non disponibles :

- Recherche de critères associés à la qualité de vie du médecin généraliste : étude menée lors d'un week-end de formation de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais. Danel B. Thèse de médecine, Lille 2012 (61)
- Satisfaction chez les médecins généralistes ayant quitté leur activité libérale : enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Dechazal G. Thèse de médecine, Brest 2012

Annexe 6 : Grille d'évaluation du niveau de preuve scientifique des études selon l'ANAES-HAS :

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<p>A</p> <p>Preuve scientifique établie</p>	<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<p>B</p> <p>Présomption scientifique</p>	<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<p>C</p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - études cas-témoins.
	<p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 7 : Tableau récapitulatif des études à visée « qualitative » :

Articles (Titre, type de publication, auteur, lieu, date)	Origine article	Méthodologie et Evaluation de la qualité des études	Principaux résultats
<p>Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies (30 ; 41-42)</p> <p>Publication de la DREES, 2008 A.Véga, M-H.Cabé, O.Blandin</p>	Site DREES	<p>Entretiens semi-dirigés ; 60 généralistes ayant cessé précocement leurs activités, ou encore en activité, de 43 à 77 ans, originaires de zones géographiques variées. Echantillonnage préalable.</p> <p>Analyse des « facteurs ayant permis aux médecins de cesser tardivement leur activité ». Comparaison avec les facteurs ayant « précipité l'arrêt de la pratique chez ceux qui ont cessé précocement leur activité »</p> <p>Echelle d'évaluation Coté-Turgeon (CT) : 23/24 (saturation des données non mentionnée)</p>	Près de 15 déterminants ayant permis à certains de persister tardivement dans la profession, par comparaison à ceux ayant dû cesser précocement leur activité.
<p>Satisfaction chez les médecins généralistes installés : enquête qualitative par entretiens semi dirigés (25)</p> <p>Thèse d'exercice. Projet EGPRN F.Bovay, Brest, 2011</p>	Sudoc	<p>Entretiens semi-dirigés ; 11 généralistes bretons, installés depuis au moins 10 ans</p> <p>Evaluation des facteurs de satisfaction professionnelle permettant le « maintien dans l'installation »</p> <p>CT : 22/24 (faible expérience intervieweur ; exhaustivité origines généralistes limitée : bretons, MSU)</p>	Nombreux résultats (>100) Objectif de l'étude: exhaustivité
<p>Satisfaction chez les médecins généralistes installés : enquête qualitative par focus group (32)</p> <p>Thèse d'exercice. Projet EGPRN S.L'Echelard, Brest, 2011</p>	Sudoc	<p>Focus Group : 5 sessions ; 38 généralistes bretons installés</p> <p>Questions : "les sources de satisfaction professionnelle quotidienne", "les moyens à mettre en place pour réussir une installation"</p> <p>CT : 21/24 (faible expérience modérateur ; généralistes uniquement bretons)</p>	Nombreux résultats (>50) Objectif d'exhaustivité
<p>Quels sont les facteurs positifs qui déterminent l'attractivité de la médecine générale et le maintien dans la profession ? Réalisation d'une carte heuristique (33)</p> <p>Thèse d'exercice. Projet EGPRN J.Decombas, Brest, 2013</p>	Sudoc	<p>Etude qualitative "secondaire" : synthèse de 4 études qualitatives du projet EGPRN (Bovay; L'Echelard; Dechazal*; Le Grand*), ré-analyse verbatim par verbatim</p> <p>Biais : 1 thèse sur médecins ruraux ; limites respectives des études incluses : faible expérience opérateur, études limitées aux généralistes bretons</p>	133 codes axiaux répertoriés Objectif d'exhaustivité

<p>Déterminants de la satisfaction des médecins généralistes en France métropolitaine : enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés (34)</p> <p>Thèse d'exercice. Projet EGPRN JP.Hefner, Brest, 2014</p>	<p>Ref.45 M.Drogou</p>	<p>Entretiens semi-dirigés ; 16 généralistes installés français Objectif : comparer les facteurs de satisfaction professionnelle du projet EGPRN à ceux d'un échantillon de généralistes plus large métropolitains</p> <p>Questions : "les sources de satisfaction professionnelle d'un généraliste", "la formule magique d'une installation réussie"</p> <p>CT : 22/24 (faible expérience intervieweur, entretiens par skype/téléphone)</p>	<p>75 items Objectif d'exhaustivité</p>
<p>Etude qualitative auprès de treize médecins généralistes visant à explorer les stratégies pour être un médecin heureux (35)</p> <p>Thèse d'exercice N.Derveaux, Lille, 2017</p>	<p>Sudoc</p>	<p>Entretiens semi-dirigés ; 13 généralistes de la région lilloise</p> <p>Question : "stratégies mises en place pour être un médecin heureux, dans la vie personnelle et professionnelle"</p> <p>CT : 20/24 (pas d'échantillonnage, faible expérience intervieweur)</p>	<p>Nombreux résultats (>40) Objectif d'exhaustivité</p>
<p>Le bien-être psychologique des médecins généralistes : une étude qualitative auprès de médecins généralistes alsaciens et mosellans (36)</p> <p>Thèse d'exercice B.Gangloff, Strasbourg, 2015</p>	<p>Sudoc</p>	<p>Entretiens semi-dirigés ; 13 généralistes d'Alsace et Moselle</p> <p>Questions : "facteurs de bien-être au travail", "solutions pour préserver ce bien-être"</p> <p>CT : 18/24 (pas d'échantillonnage, pas de triangulation, entretiens courts de 20 minutes en moyenne)</p>	<p>Entre 20 à 30 résultats Objectif d'exhaustivité</p>
<p>Les déterminants du bien-être au travail des médecins généralistes des Pyrénées Orientales (37)</p> <p>Thèse d'exercice J.Grau, Montpellier, 2014</p>	<p>Sudoc</p>	<p>Focus Group : 3 sessions ; 15 généralistes de la région de Montpellier</p> <p>Question : "les facteurs de bien-être au travail"</p> <p>CT : 18/24 (pas d'échantillonnage, pas de saturation des données, pas de triangulation)</p>	<p>Nombreux résultats (>30) Objectif d'exhaustivité</p>
<p>Exercice de la Médecine Générale : entre stress et satisfactions : enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes installés en région Rhône-Alpes (38)</p> <p>Thèse d'exercice R.Sajie, Lyon, 2011</p>	<p>Google Scholar</p>	<p>Entretiens semi-dirigés ; 14 généralistes de Rhône-Alpes</p> <p>Questions : "facteurs de satisfaction professionnelle", "propositions pour améliorer cette satisfaction professionnelle"</p> <p>CT : 18/24 (pas d'échantillonnage, pas de saturation des données, pas de triangulation)</p>	<p>Entre 20 à 30 résultats Objectif d'exhaustivité</p>

<p>Satisfaction professionnelle des médecins généralistes installés depuis plus de 10 ans (39)</p> <p>Thèse d'exercice A.Laverriere, St-Etienne, 2010</p>	<p>BDSP</p>	<p>Focus Group : 4 sessions ; 17 généralistes installés depuis 10 ans, de Loire</p> <p>Question : « facteurs positifs qui permettent le maintien dans le métier »</p> <p>CT : 20/24 (pas de saturation des données, faible expérience modérateur)</p>	<p>Nombreux résultats (>30) Objectif d'exhaustivité</p>
<p>Facteurs déterminant l'équilibre de vie des médecins généralistes (40)</p> <p>Thèse d'exercice C.Lejars-Bouillot, Montpellier, 2014</p>	<p>Ref.8 A.Serres</p>	<p>Entretiens semi-dirigés ; 9 généralistes installés, sélectionnés pour être "épanouis" (score faible au MIB**)</p> <p>Question : "modalités mises en place pour être un généraliste épanoui"</p> <p>CT : 19/24 (pas de saturation des données, pas de triangulation)</p>	<p>Nombreux résultats (>30) Objectif d'exhaustivité</p>

Annexe 8 : Tableau récapitulatif des études épidémiologiques et semi-quantitatives :

Articles (Titre, type de publication, auteur, date, lieu)	Origine article	Méthodologie et Evaluation de la qualité des études	Principaux résultats
<p>L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises (29)</p> <p>Publication de la DREES, 2007 M.Aulagnier, Y.Obadia, A.Paraponaris, B.Saliba-Serre, B.Ventelou</p>	Site DREES	<p>Etude descriptive transversale, analyse multivariée</p> <p>Panel représentatif de 1900 généralistes libéraux ou mixte français</p> <p>Evaluation de la Satisfaction professionnelle</p> <p>Echelle d'évaluation Newcastle-Ottawa (NO) : 8/10 (limites du déclaratif)</p>	<p>Satisfaction professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - baisse avec l'âge jusqu'à 53 ans, puis remonte légèrement - augmente avec Secteur 2, installation en groupe ou MSP - baisse avec durée de travail hebdomadaire élevée, mais augmente avec nombre d'actes hebdomadaires élevé - baisse avec une part de patients de 60-69 ans élevée, augmente si part de patients de + de 70 ans élevée - pas d'effet du genre ou de la région
<p>L'exercice de la médecine de ville : entre changement et continuité (43)</p> <p>B.Saliba-Serre, B.Ventelou Tiré du "Traité d'économie et de gestion de la santé", 2009</p>	Cairn.info	Interprète l'étude de la DREES de 2007	<p>Mêmes résultats qu'étude DREES 2007</p> <p>Ajoute, Satisfaction professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - augmente avec l'utilisation de l'informatique pour la gestion des tâches administratives
<p>Le rôle et la place du médecin généraliste en France (31)</p> <p>Etude réalisée pour l'Académie de Médecine et le Sénat, par l'organisme expert BVA G.Sliman, E.Perigios, Y.Audic. 2008</p>	Ref.31 R.Sajie	<p>Etude semi-quantitative</p> <p>1^{er} partie quantitative : étude descriptive, échantillon représentatif de 500 généralistes, hiérarchisation des « aspects les plus importants du métier »</p> <p>2^{ème} partie qualitative : Focus group, discussion des résultats de la partie quantitative</p> <p>Méthodologie globale peu détaillée</p>	<p>3 grands axes de satisfaction professionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la relation médecin/patient (35% des réponses) - l'épanouissement personnel et familial (35%) - la possibilité d'exercer le mieux possible (16%)

<p>Identification des facteurs pertinents de satisfaction en médecine générale : recherche de consensus par la méthode RAND UCLA (44)</p> <p>Thèse d'exercice. Projet EGPRN M.Drogou, Bordeaux, 2017</p>	Sudoc	<p>Etude semi-quantitative : recherche de consensus par la méthode RAND UCLA (dérivée du protocole Delphi)</p> <p>27 Maîtres de Stage Universitaires (MSU) de l'Université de Brest</p> <p>Question : 33 items, issus des recherches qualitatives de l'EGPRN, soumis aux MSU pour évaluation de "l'importance pour le bien-être du praticien" Consensus si 70% des réponses entre 7 et 9</p>	<p>31 items ont fait consensus (cf. p.20)</p> <p>2 items n'ont pas fait consensus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avoir des points communs avec ses patients - être là pour le patient
<p>Qualité de vie et risque de burnout chez les médecins généralistes de l'Yonne : impact de l'organisation de travail et du mode de gestion des urgences ressenties (45)</p> <p>Thèse d'exercice A.Serres, Dijon, 2016</p>	Sudoc	<p>Etude descriptive transversale, analyse uni-variée, 134 généralistes de l'Yonne</p> <p>Evaluation de la Qualité de Vie (QV) professionnelle, personnelle et globale</p> <p>NO : 5/10 (60% médecins ruraux, manque de puissance pour résultats significatifs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - aucun lien entre Mode d'organisation du cabinet ou des urgences de la journée et QV globale ou professionnelle - QV personnelle augmente avec "ne pas répondre au téléphone" et "être une femme" - Respect vie privée augmente avec "pas d'organisation pour les urgences de la journée"
<p>Bénéfices de la diversification de l'activité, et de l'hypnose médicale, sur l'épanouissement professionnel des médecins généralistes (46)</p> <p>Thèse d'exercice Y.Arvers, Toulouse, 2016</p>	Sudoc	<p>Etude descriptive transversale, analyse uni-variée, 155 généralistes de Midi-Pyrénées</p> <p>Evaluation de la Satisfaction professionnelle et de l'épanouissement professionnel (critère composite)</p> <p>NO : 4/10 (pas d'échantillonnage préalable : population jeune, 55% de femme ; activités complémentaires comprenant les sports/loisirs)</p>	<p>Liens significatifs entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - activités complémentaires (dont sport, loisirs) et satisfaction professionnelle - hypnose médicale et épanouissement professionnel <p>Pas de lien significatif entre "diversification professionnelle" et satisfaction professionnelle</p>
<p>Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication (47)</p> <p>Thèse d'exercice V.Querbes, Rennes, 2015</p>	Sudoc	<p>Etude descriptive transversale, analyse uni-variée, 98 généralistes du Morbihan</p> <p>Evaluation de la Satisfaction professionnelle Comparaison de deux groupes : formés/non formés</p> <p>NO : 4/10 (pas d'échantillonnage préalable, critère déclaratif de satisfaction professionnelle pas assez</p>	<p>Pas de lien significatif entre satisfaction professionnelle et "formation à des technique de communication"</p>

		discriminant : 96% « assez » ou « très » satisfait)	
<p>La qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux : Étude descriptive à partir d'une enquête de satisfaction sur le territoire de santé 3 du Bas Rhin (48)</p> <p>Thèse d'exercice P.Rossignol, Strasbourg, 2015</p>	Sudoc	<p>Etude descriptive transversale, 61 généralistes du Bas-Rhin</p> <p>Hiérarchisation des 6 composantes de la satisfaction au travail de l'échelle IWS***</p> <p>NO : 4/10 (pas d'échantillonnage : médecins ruraux++)</p>	<p>- L'autonomie, la médecine de relation, l'aspect diversifié : principales sources de satisfaction</p> <p>- La rétribution symbolique est le moins important</p> <p>- L'organisation n'est pas une des principales sources de satisfaction au travail</p>
<p>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 (49)</p> <p>Thèse d'exercice E.Milliasseau, Lyon, 2010</p>	Sudoc	<p>Etude descriptive transversale, analyse uni-variée, 137 généralistes, installés depuis moins de 5 ans, du Rhône-Alpes</p> <p>Evaluation de l'épanouissement professionnel Comparaison de deux effectifs : satisfaits/insatisfaits</p> <p>NO : 6/10 (analyse uni-variée, manque de puissance)</p>	<p>Liens significatifs entre :</p> <p>- satisfaction professionnelle et pratique du Sur Rdv uniquement, peu d'activité complémentaire, épanouissement vie privée, nombre de congés élevé, jeune médecin et installé tôt.</p> <p>- au contraire les insatisfaits : plus âgés, installés plus tard, mode consultation mixte : Rdv+libre.</p> <p><u>Tendances</u>, sans lien significatif : Satisfaits : charge de travail moins importante et temps de repos plus important</p>

*Les thèses de Dechazal G. « Satisfaction chez les médecins généralistes ayant quitté leur activité libérale : enquête qualitative pas entretiens semi-dirigés » et de Le Grand P. « Critères de satisfaction chez les médecins généralistes installés dans un bassin de vie rural depuis moins de 5 ans. Enquête qualitative par entretiens individuels. » n'ont pas été incluses dans notre étude. La première, sélectionnée initialement, n'a pas été disponible à la lecture. La seconde, concernant spécifiquement les médecins ruraux, a été exclue.

**Le score MIB, ou « Maslach Burnout Inventory's », est une échelle internationale validée d'évaluation du burnout. Dans sa thèse, C.Lejars-Bouillot souhaitait inclure des médecins « épanouis ». Il a été décidé que seraient définis comme « épanouis », les médecins qui présentaient un score de MIB faible ou nul.

***L'échelle IWS, ou « Index of Work Satisfaction », est un questionnaire validé internationalement, dit « à facettes », de la satisfaction au travail. Il comprend 6 constituants : tâches à effectuer, autonomie, notoriété, organisation, interaction, honoraires.

Annexe 9 : Facteurs de satisfaction professionnelle issus des études qualitatives,
faisant office de « CONSEILS » :

Grandes lignes et comportement général :

Etre épanoui au travail, y prendre du plaisir (33 ; 34 ; 37 ; 40)

Trouver le « juste » équilibre entre : charge de travail, rémunération, temps de vie privée, qualité de travail et santé du praticien (32-35 ; 39)

Avoir un rapport raisonné à l'argent, ne pas avoir de prétentions de train de vie trop élevées, mais viser à avoir un salaire satisfaisant (25 ; 33 ; 36 ; 40)

Rester soi-même, ne pas vouloir plaire à tout le monde (33 ; 40)

Faire preuve d'adaptabilité, accepter les contraintes et les évolutions du métier (25 ; 32-34 ; 36 ; 40)

Faire preuve d'humilité, ne pas se croire supérieur aux autres, savoir dire qu'on ne sait pas (25 ; 32-34)

Accepter son statut, faire preuve d'assurance, avoir un caractère affirmé (25 ; 33 ; 36 ; 40)

Rester vigilant, se remettre en question, détecter et anticiper le déséquilibre (32-34 ; 40)

Rester dynamique, continuer à se former, réfléchir à comment améliorer les choses (25 ; 33 ; 39 ; 40)

Trouver la bonne distance aux choses (patients, mauvaises nouvelles), se protéger (25 ; 32 ; 33 ; 40)

En cas de déconvenue, faire preuve de « résilience », rester optimiste, s'adapter en réévaluant les choses, prendre les décisions qui s'imposent, apprendre de ses erreurs (32 ; 33 ; 36)

Etre tolérant, apprendre à ne pas juger, prendre les patients comme ils sont (25 ; 33)

Rechercher à instaurer convivialité, respect et bonne communication avec tous ses interlocuteurs (25 ; 32 ; 38)

L'installation :

Bien réfléchir son installation, première expérience réussie important pour le maintien dans la profession (25 ; 33 ; 34)

Se faire une petite expérience avant d'envisager l'installation : stages d'interne, remplacements (25 ; 33 ; 35)

L'installation doit être un « projet familial », pour un meilleur soutien ultérieur de sa propre famille (32 ; 33 ; 40)

Peser avantages et inconvénients de faire une création de cabinet ou de reprendre une patientèle (32 ; 33)

Choix du moment : attendre le moment opportun (ex : désir de grossesse) (25 ; 32 ; 33)

Prendre en compte les débuts d'installation parfois difficiles, notamment financièrement, être patient, ne pas céder au « clientélisme » à travers certaines demandes non justifiées de patient (25 ; 32-34 ; 40)

Choix du lieu : connaître le lieu, y avoir remplacé si possible, choix en fonction : aspirations personnelles, démographie médicale, réseau de soins (hôpital/urgences), projet de famille, sécurité (25 ; 32-34 ; 39)

S'installer en groupe ou MSP pour : lutte contre l'isolement, soutien, continuité des soins assurée, meilleur équilibre avec vie privée (jour off, vacances facilitées), mutualisation des frais (secrétariat) (25 ; 32 ; 33 ; 36-40)

Choix des associés : même vision du métier, mode de fonctionnement similaire, compatibilité de caractère,

mais aussi complémentarité de compétences (addictologie, gynécologie..), mixité (25 ; 32-34)

Faire attention aux conditions d'association pour pouvoir se séparer facilement en cas de problème (35)

Savoir partir pour se réinstaller ailleurs si première installation est un échec (25 ; 33 ; 39)

Organisation du cabinet :

Réfléchir soi-même à l'organisation du cabinet est déjà en soi source de satisfaction (35 ; 39)

Viser à un cabinet gai, confortable, bien conçu (ex : pas les toilettes dans la salle d'attente), facile d'accès (25 ; 32-34 ; 37 ; 40)

Viser à un cabinet fonctionnel, moyens techniques de qualité, logiciel informatique performant (25 ; 32-34 ; 37 ; 38 ; 40)

Avoir son propre cabinet et son propre matériel, si possible (34)

Se décharger des tâches « non médicales » : secrétariat « indispensable », expert-comptable (25 ; 32-34 ; 36-40)

Réfléchir à la gestion de la charge téléphonique, veiller à ne pas être dérangé pendant la consultation (37 ; 40)

Viser à être attractif pour les remplaçants, futurs associés, prendre en compte les aspirations des nouvelles générations de médecins (25 ; 32-34 ; 38)

Ne pas hésiter à acheter ses locaux pour ne plus payer de loyer (25)

Organisation du temps professionnel :

Réfléchir la gestion du temps et des moyens organisationnels est dit « primordial » (35 ; 37 ; 40)

La charge de travail doit être bien estimée, délimitée et maîtrisée pour un respect de la vie privée et une bonne qualité de travail, ne doit pas être « élastique » (25 ; 32-37)

Attention au surinvestissement au nom d'une « vocation » initiale (35)

Adapter la charge de travail en fonction de l'âge ou des événements de vie, si nécessaire (33)

Travailler uniquement « Sur rendez-vous », permet : maîtrise de l'emploi du temps, respect de la vie personnelle, qualité de travail, meilleure répartition de la charge de travail et respect des patients (32 ; 34-37 ; 39 ; 40)

Adapter le rythme de travail, ne pas travailler sous pression, prévoir assez de temps pour chaque patient (32 ; 33)

Prendre du recul par rapport à la problématique des « retards » s'il y en a (32)

Veiller à avoir une bonne disponibilité malgré tout, prévoir les « urgences du jour » dans l'agenda (25 ; 32-34 ; 40)

Instaurer une flexibilité dans l'agenda pour pallier aux imprévus (consultation complexe, urgences..) (32 ; 34)

Capacité d'adaptation de son emploi du temps en cas de forte affluence (période épidémique) (32 ; 34)

Limiter les visites au nécessaire (32 ; 35 ; 38)

Optimiser son temps de consultation en utilisant les nouvelles technologies : télétransmission.. (25 ; 35 ; 37)

Intégrer le travail administratif à son agenda (25 ; 40)

Maîtriser la taille de sa patientèle (35)

Allonger la durée des renouvellements d'ordonnances des malades « chroniques » au possible en fonction des

comorbidités et observances des patients (35)

Adapter la durée de chaque consultation au motif de celle-ci (35)

Limiter, ou hiérarchiser, les motifs dans une même consultation (35)

Relations avec confrères :

Avec associés : solidarité, être arrangeant, attitude confraternelle, se faire respecter, veiller à une bonne répartition des tâches au sein du cabinet, éviter la concurrence entre associés, ne pas faire peser le poids de ses absences sur ses associés (25 ; 32-34 ; 37 ; 40)

Avec spécialistes/paramédicaux : se faire son réseau de professionnels compétents et complémentaires, connaître les ressources à disposition dans le secteur, connaître physiquement les gens, utiliser les mails professionnels (25 ; 32-34)

Avec institutions/CPAM : bonne entente, accepter et s'adapter aux évolutions (25 ; 32 ; 34)

Avec internes/étudiants : bons rapports favorisent recrutement dans profession et secteur géographique (25 ; 32 ; 33)

La pratique médicale :

Ambitionner bonne qualité de travail, favoriser la qualité à la quantité (25 ; 33 ; 34 ; 38-40)

Etre rigoureux, professionnel, se baser sur l'EBM, viser à être l'« expert des Soins premiers », prise en compte de la problématique d'économie de santé (25 ; 33-35)

Travailler sa capacité de synthèse (32)

Veiller à garder une activité variée (patientèle variée, gestes techniques), ne pas déléguer trop vite (25 ; 33 ; 39 ; 40)

Connaître ses limites, savoir dire qu'on ne sait pas (33 ; 34)

Apprendre à gérer l'incertitude médicale, ne pas se laisser écraser par le poids du médico-légal (32 ; 33 ; 35)

Diversifier sa pratique (coordinateur EHPAD, syndicat..) en fonction des aspirations, des besoins du bassin de santé (25 ; 32 ; 34 ; 37 ; 38 ; 40)

Se spécialiser dans un domaine précis, avoir un domaine « d'expertise » (32 ; 34 ; 35 ; 38)

Ne pas délaisser le côté relationnel, l'examen physique, sources d'alliance thérapeutique (25 ; 33 ; 37)

Continuer d'apprendre et de se former : FMC, groupes de pairs, presse médicale (25 ; 32-35 ; 38-40)

Adapter la FMC à ses besoins, à ceux du bassin de santé (33)

La relation médecin-patient :

Viser à une bonne relation, trouver la bonne distance aux patients, juste milieu entre éducation et adaptation à eux, réfléchir à la pratique du tutoiement, éviter le copinage, faire attention aux manipulations (25 ; 33 ; 34 ; 37)

L'éducation est indispensable, relation de respect et de confiance, doit être instaurée d'emblée, non négociable, savoir dire non, avoir un caractère affirmé, faire une sélection « passive » des patients (25 ; 32-34 ; 36-38 ; 40)

L'éducation doit porter sur : mode de fonctionnement du cabinet, organisation permanence de soins, respect de la vie privée du médecin, sensibilisation à la problématique d'économie de santé (25 ; 32 ; 34)

S'adapter au patient : adapter son langage à chacun, être tolérant (25 ; 33 ; 36)

Respecter le patient : relation d'égal à égal pour des prises de décision partagées, et non imposées (25 ; 33)

Eviter la blouse blanche, perçue comme trop « froid » (25)

Travailler ses capacités de communication, d'adaptation en cas de patient ou situation difficile (25 ; 32 ; 34-37)

Prendre le temps de parler avec ses patients, ne pas rester indifférent, être conscient de l'impact psychologique que l'on peut avoir sur eux (32)

Avoir une connaissance approfondie de ses patients pour une prise en charge optimale, relation durable et de qualité (33 ; 37)

S'enrichir personnellement de cette relation, des expériences humaines relatées (25 ; 33 ; 34)

Ne pas attendre systématiquement de la gratitude des patients (33)

Faire attention au « secret médical », même avec sa propre famille (25)

La vie personnelle et familiale :

Une vie personnelle épanouie est important pour une bonne qualité de vie professionnelle (25 ; 34 ; 40)

Trouver le juste équilibre entre vie privée et professionnelle, veiller que le temps professionnel ne vienne pas empiéter sur la vie privée (25 ; 32-34 ; 36-39)

Veiller à bien séparer vie privée/professionnelle : ne pas ramener de travail au domicile, « laisser la médecine au cabinet », ne pas être joignable au domicile, éduquer les patients au respect de sa vie privée (25 ; 32-34 ; 40)

Avoir une réflexion sur le suivi médical ou non de ses proches, de sa famille (25 ; 32 ; 34 ; 35)

Réfléchir l'éloignement du lieu d'habitation ou non du cabinet, éviter de croiser des patients en-dehors du cabinet (25 ; 40)

Réfléchir à son investissement dans la communauté, dans la vie de son quartier (25 ; 33)

Prendre du temps « pour soi » : jours « off », loisirs, vie sociale épanouie. Sortir du monde médical (25 ; 33 ; 36-38 ; 40)

Préserver sa santé physique et psychique, faire du sport, avoir une bonne hygiène de vie, un bon sommeil (25 ; 32-34 ; 36)

Avoir un suivi médical par un confrère, avoir une bonne couverture assurantielle en cas de problème (25 ; 36 ; 40)

Ne pas renoncer à ses vacances (25 ; 33 ; 36 ; 37)

Prendre du temps pour sa famille, l'épanouissement du conjoint est jugé « indispensable » (25 ; 32-34 ; 40)

Choisir son lieu de vie, sa maison en fonction de ses aspirations, avoir un cadre de vie agréable (25)

Optimiser son temps de vie personnel : se simplifier la vie, se décharger des tâches domestiques (25 ; 34 ; 40)

Bien préparer sa retraite (33)

Etre maître de stage :

Devenir maître de stage pour : lutter contre la solitude, les relations humaines, l'enrichissement de sa pratique, la remise en question, le plaisir de transmettre, l'aspect valorisant aux yeux de ses patients, augmenter son « réseau » professionnel (réseau de l'interne, autres MSU), la possibilité de soulager sa charge de travail avec un SASPAS (32-34 ; 37-39)

S'investir dans le futur de la profession, chercher des solutions (25 ; 32)

Annexe 10 : Facteurs de satisfaction professionnelle issus des études qualitatives, faisant office de « CONSTATS » :

Caractéristiques propres au médecin généraliste lui-même :
Avoir une vocation pour la Médecine générale, aimer aider les gens (33 ; 34 ; 38)
Avoir vécu des expériences antérieures positives avec les Soins premiers (propre médecin de famille), avoir eu un « mentor » (médecin plus âgé, maître de stage) (33 ; 39)
Avoir choisi ce métier, non par défaut (33 ; 34)
Aimer son métier, en être fier (34 ; 36)
Avoir des traits de caractères qui coïncident avec les caractéristiques de la profession : altruisme, sociabilité, être curieux,.. (33 ; 34)
Caractéristiques de la profession :
Reconnaissance sociale, place avantageuse dans la société, intégration facilitée (25 ; 32-34 ; 36 ; 37 ; 39)
Reconnaissance des patients, rétribution symbolique (25 ; 32-34 ; 36-39)
Reconnaissance des proches, de la famille (25 ; 32 ; 37)
Reconnaissance pour les autres personnes de la famille (33)
Reconnaissance par les pairs, par les institutions : Médecine générale devenue Spécialité, rôle central (25 ; 32-34)
Bon niveau de rémunération, bon niveau de vie (25 ; 32-34 ; 36 ; 39)
Secteur non concurrentiel, sécurité de l'emploi (25 ; 34 ; 39)
Possibilité de gagner plus si on le souhaite (gardes) (25)
Solidarité entre confrères (32 ; 38 ; 39)
Pouvoir prendre en charge sa famille, ses proche si on le souhaite (32 ; 34)
Caractéristiques propres aux professions libérales :
Liberté d'installation (25 ; 32 ; 33 ; 39)
Liberté d'organisation de son cabinet, de son agenda, être son propre patron (25 ; 32 ; 33 ; 38 ; 39)
Liberté de choix de ses associés, de son réseau (25 ; 32 ; 33)
Liberté de sa façon d'exercer, dans ses prescriptions, de se diversifier si on le souhaite (25 ; 33)
Liberté des médecins vis-à-vis des patients, et inversement (25 ; 33)
Caractéristiques propres au contenu de la pratique :
Sentiment d'utilité, place dans la vie du patient, pouvoir soulager les gens (25 ; 32-34 ; 36 ; 38)
Etre le médecin de premier recours, satisfaction de faire un diagnostic (33 ; 39)
Stimulation intellectuelle quotidienne, peu de monotonie (32 ; 33 ; 35-39)
Activité riche et variée : patientèle variée (tout âge, toutes origines), les urgences, gestes techniques, visites (25 ; 32 ; 33-35 ; 37-39)

Possibilité de diversifier sa pratique ou de se spécialiser dans un domaine si on le souhaite (32 ; 33)

Médecine de relation, sociale, humaine, conviviale, enrichissement humain, aspect affectif fort de certaines situations, rôle de confident (25 ; 32-39)

Rôle éducatif, éducation thérapeutique, négociation avec patient (25 ; 32 ; 34 ; 37)

Suivi au long cours, Médecine de famille, vieillir avec ses patients (25 ; 32-35 ; 37-39)

Rôle central dans la prise en charge, coordinateur de soins (32-34)

Prise en charge globale, soins centrés sur le patient, réflexion éthique parfois (25 ; 32-34 ; 38)

Médecine qui a fait ses preuves : augmente l'espérance de vie et la qualité de vie (33 ; 38)

Pratique en évolution constante (32 ; 39)

Présence de la FMC et des groupes de pairs qui permettent de continuer à se former (25)

Satisfaction liée aux évolutions :

Permanence de soins, gardes non obligatoires (25 ; 32 ; 33)

Dynamique de regroupement, avec MSP (25 ; 32 ; 33)

Amélioration de la pratique : intronisée Spécialité, EBM, amélioration formation initiale et FMC, apparition de la prévention (25 ; 33)

Évolutions technologiques : télétransmission, informatique (25)

Féminisation de la profession (33)

Revalorisation de certains actes, nouveaux modes de rémunération (25)

Annexe 11 : Tableau récapitulatif des items des études qualitatives, sans distinction de fréquence :

Grandes lignes et comportement général :
Etre épanoui au travail, prendre du plaisir, heureux au travail, confort de travail, aimer son métier (33 ; 34 ; 37 ; 40)
Trouver le « juste » équilibre entre : charge de travail, rémunération, temps de vie privée, qualité de travail et santé du praticien (32-35 ; 39)
Avoir un rapport raisonné à l'argent, ne pas avoir de prétentions de train de vie trop élevées, ne pas travailler pour l'argent, se satisfaire de ce que l'on a, viser à avoir un salaire satisfaisant tout de même (25 ; 33 ; 36 ; 40)
Rester soi-même, ne pas vouloir plaire à tout le monde, rester en accord avec soi-même (33 ; 40)
Faire preuve d'adaptabilité, accepter les contraintes du métier, accepter les évolutions du métier, le changement (25 ; 32-34 ; 36 ; 40)
Rester un homme ordinaire, rester humble, modeste, ne pas se croire supérieur aux autres, accepter de ne pas savoir, un métier comme un autre (25 ; 32-34)
Accepter son statut, s'affirmer, prendre confiance en soi, faire preuve d'assurance, avoir un caractère affirmé (25 ; 33 ; 36 ; 40)
Rester vigilant, se remettre en question, savoir s'adapter, détecter et anticiper le déséquilibre (32-34 ; 40)
Rester dynamique, avoir des perspectives d'évolution, des projets, continuer à se former, réfléchir à comment améliorer les choses, aller de l'avant, faire évoluer sa pratique (25 ; 33 ; 39 ; 40)
Trouver la bonne distance aux choses (patients, mauvaises nouvelles), se protéger, savoir relativiser, prendre du recul (25 ; 32 ; 33 ; 40)
En cas de déconvenue, faire preuve de « résilience », limiter l'impact émotionnel, s'adapter en réévaluant les choses, prendre les décisions qui s'imposent, apprendre de ses erreurs (32 ; 33 ; 36)
Etre tolérant, apprendre à ne pas juger, prendre les patients comme ils sont (25 ; 33)
Rechercher à instaurer convivialité, respect et bonne communication avec tous ses interlocuteurs, avec ses patients (25 ; 32 ; 38)
Se réjouir des avancées de la médecine (33)
Faire preuve d'optimisme, rester positif par rapport aux évolutions de la médecine (33)
L'installation :
Importance de bien réfléchir son installation, importance d'une première expérience réussie (25 ; 33 ; 34)
Faire des remplacements avant de s'installer, se faire une petite expérience, réfléchir son installation par rapport aux expériences passées : stage d'interne (25 ; 33 ; 35)
« Projet familial », pour un meilleur soutien ultérieur de sa propre famille, emploi conjoint, école enfant (32 ;

33 ; 40)

Créer son projet, reprendre une patientèle, rachat patientèle pour travail immédiat (32 ; 33)

Choisir le moment opportun (ex : désir de grossesse), être patient, projet familial (25 ; 32 ; 33)

Débuts d'installation parfois difficiles, relativiser débuts d'installations, notamment financièrement, être patient, ne pas céder au « clientélisme » à travers certaines demandes non justifiées de patient (25 ; 32-34 ; 40)

Etre très disponible dès le début de l'installation (34)

Choix du lieu : connaître le lieu, y avoir remplacé si possible avant, choix en fonction : aspirations personnelles, bonne qualité de vie, souhait géographique, richesse de l'offre de soins, démographie médicale, réseau de soins (hôpital/urgences), projet de famille, emploi pour conjoint, école pour enfant, population locale, sécurité, facilité d'accès (parking) (25 ; 32-34 ; 39)

S'installer en groupe ou en MSP pour : lutte contre l'isolement, soutien, partage expérience, inquiétude, continuité des soins assurée, disponibilité pour les urgences de la journée, partage charge de travail, meilleur équilibre avec vie privée, facilite la prise de congés, mutualisation des frais (secrétariat), investissement commun (25 ; 32 ; 33 ; 36-40)

Réfléchir le choix des associés, fixer les règles d'emblée : même vision du métier, même vision de la vie, mode de fonctionnement similaire, compatibilité de caractère sans avoir à faire trop d'effort, complémentarité de compétences (addictologie, gynécologie..), mixité, possibilité de prendre un ancien interne (25 ; 32-34)

Faire attention aux conditions d'association pour pouvoir se séparer facilement en cas de problème (35)

Savoir partir pour se réinstaller ailleurs si première installation est un échec (25 ; 33 ; 39)

Organisation du cabinet :

Réfléchir soi-même à l'organisation du cabinet, source de satisfaction (35 ; 39)

Cabinet gai, agréable, confortable (25 ; 32-34 ; 37 ; 40)

Locaux adaptés, pas les toilettes dans la salle d'attente, bien conçus, facile d'accès (25 ; 32 ; 34)

Cabinet fonctionnel, investir dans des moyens techniques de qualité, matériel de qualité, (25 ; 32-34 ; 37 ; 38 ; 40)

Ordinateur de qualité, fonctionne bien, logiciel informatique performant (25 ; 32-34)

Avoir son propre cabinet et son propre matériel, si possible (34)

Se décharger des tâches « non médicales », avoir des salariés, secrétariat « indispensable » : recentre médecin sur activité de soins, réduction charge administrative, gestion des rendez-vous, accueil patient (25 ; 32-34 ; 36-40)

Faire appel à un expert-comptable, gestion financière (25)

Réfléchir à la gestion de la charge téléphonique, télé-secrétariat, veiller à ne pas être dérangé pendant la consultation (37 ; 40)

Facilité pour être remplacé, être attractif pour les remplaçants, successeurs, futurs associés, prendre en compte les aspirations des nouvelles générations de médecins, chercher un remplaçant régulier, avoir une liste

de remplaçants à disposition (25 ; 32-34 ; 38)

Bonne répartition des tâches au sein du cabinet, administratif, nettoyage (25)

Ne pas hésiter à acheter ses locaux pour ne plus payer de loyer (25)

Organisation du temps professionnel :

Moyens organisationnels sont dit « primordiaux », instaurer dès l'installation et adapter ensuite, charge de travail et rythme de travail adaptés pour tenir sur la durée, sujet « permanent » (35 ; 37 ; 40)

Bien gérer sa charge de travail, se fixer des limites, limiter son nombre de consultations par semaine, charge de travail doit être bien estimée, délimitée et maîtrisée, horaire non « élastique », trouver le juste milieu entre rémunération et vie familiale épanouie (25 ; 32-37)

Attention au surinvestissement au nom d'une « vocation » initiale (35)

Adapter la charge de travail en fonction de l'âge ou des événements de vie (33)

Travailler « Sur rendez-vous » pour : maîtrise de l'emploi du temps, respect de la vie personnelle, qualité de travail, meilleure répartition de la charge de travail et respect des patients (32 ; 34-37 ; 39 ; 40)

Rythme de travail adapté, ne pas travailler sous pression, être bien et serein, prévoir assez de temps pour chaque patient (32 ; 33)

Prendre du recul par rapport à la problématique des « retards » (32)

Bonne disponibilité malgré tout, prévoir les « urgences du jour » dans l'agenda, prendre en compte la problématique de permanence de soin, mettre en place une organisation (25 ; 32-34 ; 40)

Flexibilité dans l'agenda pour pallier aux imprévus (consultation complexe, urgences..) (32 ; 34)

Optimiser son temps libre au travail (33)

Capacité d'adaptation de son emploi du temps en cas de forte affluence (période épidémique) (32 ; 34)

Remplissage optimal de l'agenda (35)

Limiter les visites aux nécessaires (32 ; 35 ; 38)

Optimisation de son temps de consultation, nouvelles technologies : télétransmission, informatique (25 ; 35 ; 37)

Intégrer le travail administratif à son agenda (25 ; 40)

Maîtriser la taille de sa patientèle (35)

Allonger la durée des renouvellements des malades « chroniques » au possible en fonction des comorbidités et observances des patients (35)

Adapter la durée de chaque consultation au motif (35)

Limiter, hiérarchiser, prioriser les motifs dans une même consultation (35)

Relations avec confrères :

Bonnes relation avec associés : convivialité, bonne ambiance, ambiance détendu, entraide, esprit d'équipe, solidarité, être arrangeant, attitude confraternelle, confiance, se faire respecter, éviter la concurrence entre associés (25 ; 32-34 ; 37 ; 40)

Ne pas faire peser le poids de ses absences sur ses associés (25)

Viser à l'épanouissement des associés (33)

Convivialité avec secrétaire, au cabinet (25)

Entraide et bonne entente avec généralistes du secteur, respect (33)

Bonnes relations avec spécialistes: se faire son réseau de professionnels compétents et complémentaires, connaître les ressources à disposition dans le secteur, connaître physiquement les gens, utiliser les mails professionnels (25 ; 32-34)

Bonnes relations avec paramédicaux, meilleure prise en charge patient (33)

Avec institutions/CPAM : bonne entente, accepter et s'adapter aux évolutions (25 ; 32 ; 34)

Bonne entente avec internes/étudiants : positif pour le recrutement dans la profession et dans le secteur géographique (25 ; 32 ; 33)

La pratique médicale :

Ambitionner bonne qualité de travail, favoriser la qualité à la quantité, viser à avoir une bonne pratique, se satisfaire de bien pratiquer (25 ; 33 ; 34 ; 38-40)

Prendre du plaisir à être rigoureux, professionnel, se baser sur l'EBM, viser à être l'« expert des Soins premiers » (25 ; 33-35)

Prise en compte de la problématique d'économie de santé, faire attention aux dépenses (25 ; 33)

Bonne connaissance de ses patients pour une bonne prise en charge (33)

Etre capable d'avoir un esprit de synthèse, travailler sa capacité de synthèse (32 ; 33)

Avoir une patientèle variée (33)

Maintenir une activité variée, continuer à faire des gestes techniques au cabinet, ne pas déléguer trop vite (25 ; 33 ; 39 ; 40)

Faire des actes bénévoles, ne pas s'y opposer de principe (33)

Connaître ses limites, savoir dire qu'on ne sait pas (33 ; 34)

Gestion de l'incertitude médicale, ne pas se laisser écraser par le poids du médico-légal (32 ; 33 ; 35)

Diversifier sa pratique, activités complémentaires (coordinateur EHPAD, syndicat..) en fonction des aspirations, des besoins du bassin de santé, lutte contre la monotonie, répondre à un besoin populationnel (25 ; 32 ; 34 ; 37 ; 38 ; 40)

Se spécialiser dans un domaine précis, avoir un domaine « d'expertise », satisfaction d'une prise en charge pointue, service médical rendu au patient augmenté (32 ; 34 ; 35 ; 38)

Ne pas délaisser le côté relationnel, l'examen physique, sources d'alliance thérapeutique, source de satisfaction, travailler sa communication (25 ; 33 ; 37)

Apprendre en pratiquant, entretenir ses connaissances, continuer d'apprendre et de se former : FMC, groupes de pairs, presse médicale, apprendre de nouvelles choses, avoir des projets, se remettre en question (25 ; 32-35 ; 38-40)

FMC permet : bol d'air dans monotonie, faire des relations avec confrères, lutte contre l'isolement (25 ; 32-34)

Groupes de pairs permet : lutte contre l'isolement, rencontres avec spécialistes et réseau (32)

Adapter la FMC à ses besoins, à ceux du bassin de santé (33)

La relation médecin-patient :

Bonne relation, relation durable et de qualité, juste milieu entre éducation et adaptation à eux (25 ; 33 ; 34 ; 37)

Réfléchir à la pratique du tutoiement, éviter le copinage, faire attention aux manipulations (25)

Se faire respecter par ses patients, éducation patients, relation de respect et de confiance, poser le cadre d'emblée, savoir s'y tenir, non négociable, savoir dire non, avoir un caractère affirmé, faire une sélection « passive » des patients (25 ; 32-34 ; 36-38 ; 40)

Une sélection « active » des patients, patientèle qui ressemble au médecin (33)

Faire preuve de sympathie avec patient (33)

Eviter les poursuites judiciaires (33)

Trouver la bonne distance au patient, garder une certaine distance avec patient, rester « libre », se protéger psychologiquement, ne pas se surinvestir (25 ; 33)

Education porte sur : organisation du cabinet, horaires, organisation permanence de soins, respect de la vie privée du médecin (25 ; 32 ; 34)

Sensibilisation à économie de santé, éviter consultation inutile, pas de consommation de soins (25 ; 34)

S'adapter aux patients, adapter son langage à chacun, être tolérant (25 ; 33 ; 36)

Respecter le patient : relation d'égal à égal pour décisions partagées, et non imposées (25 ; 33)

Pas de blouse blanche, perçue comme trop « froid » (25)

Travailler ses capacités de communication, relationnel, de négociation, d'adaptation en cas de patient ou de situation difficile (25 ; 32 ; 34-37)

Prendre le temps de parler avec ses patients, ne pas rester indifférent, être conscient de l'impact psychologique que l'on peut avoir sur eux (32)

S'enrichir personnellement de cette relation, s'enrichir du contact avec le patient, des expériences humaines relatées, des expériences de vie des patients (25 ; 33 ; 34)

Ne pas attendre la gratitude des patients (33)

Attention au « secret médical », même avec ses proches (25)

La vie personnelle et familiale :

Vie personnelle épanouie permet une bonne qualité de vie professionnelle (25 ; 34 ; 40)

Trouver un équilibre entre vie privée et professionnelle, veiller que le temps professionnel ne vienne pas empiéter sur la vie privée (25 ; 32-34 ; 36-39)

Bien séparer vie privée/professionnelle, bien délimiter sa vie professionnelle : ne pas ramener de travail au domicile, « laisser la médecine au cabinet », ne pas être joignable au domicile, éduquer ses patients au respect de sa vie privée (25 ; 32-34 ; 40)

Réflexion sur le suivi médical de ses proches, de sa famille (25 ; 32 ; 34 ; 35)

Réfléchir l'éloignement du lieu d'habitation ou non, trajet retour considéré comme un « sas de décompression » (25 ; 40)

Réfléchir à son investissement dans la communauté, dans la vie de son quartier, avoir une bonne relation avec la communauté, bonnes relations avec ses patients en-dehors du cabinet, faire attention à garder une certaine distance, éviter les rencontres avec ses patients (25 ; 33)

Prendre du temps « pour soi » : loisirs, se garder du temps libre, vie sociale et amicale épanouies, sortir du monde médical, s'épanouir dans autre chose que la médecine (25 ; 33 ; 36-38 ; 40)

Jours « off », ne pas hésiter à prendre un jour dans la semaine (37)

Préserver sa santé physique et psychique, se protéger, faire du sport, avoir une bonne hygiène de vie, un bon sommeil (25 ; 32-34 ; 36)

Pouvoir se confier (40)

Avoir un suivi médical par un confrère (32)

Avoir une bonne couverture assurantielle, une bonne complémentaire (25 ; 40)

Ne pas renoncer à ses vacances, prendre des vacances pour respirer (25 ; 33 ; 36 ; 37)

Prendre du temps pour sa famille, avoir une vie de famille épanouie, préserver sa vie de famille, son couple, prendre le temps pour ses enfants (25 ; 32-34 ; 40)

Faire en sorte d'être soutenu par sa famille, son conjoint, épanouissement du conjoint jugé « indispensable » (25 ; 33)

Choisir son lieu de vie, sa maison en fonction de ses aspirations, avoir un cadre de vie agréable (25)

Organisation vie privée, optimiser son temps de vie personnel, se simplifier la vie, se décharger des tâches domestiques, employés, garde-enfant (25 ; 34 ; 40)

Préparer sa retraite (33)

Etre maître de stage :

Devenir maître de stage pour : lutte contre la solitude, relations humaines, enrichissement de sa pratique, remise en question, plaisir de transmettre, côté pédagogique, valorisant aux yeux de ses patients, augmenter son « réseau » professionnel (réseau de l'interne, autres MSU), possibilité de soulager sa charge de travail avec un SASPAS, fierté d'amener sa pierre à l'édifice, apport des connaissances de la formation de maître de stage (32-34 ; 37-39)

S'investir pour attirer des jeunes médecins, dans le secteur géographique si possible (25)

S'investir dans le futur de la profession, chercher des solutions (25 ; 32)

Chercher à améliorer la reconnaissance de la médecine générale, pendant les études, aux yeux des patients (33)

Caractéristiques propres au médecin généraliste lui-même :

Vocation pour la Médecine générale, aimer aider les gens (33 ; 34 ; 38)

Avoir vécu des expériences antérieures positives avec les Soins premiers (propre médecin de famille),

avoir eu un « mentor » (médecin plus âgé, maître de stage), une expérience de la maladie (33 ; 39)

Avoir choisi ce métier, non par défaut (33 ; 34)

Aimer honorer ses devoirs (33)

Aimer son métier, en être fier, épanouissement personnel d'être médecin généraliste (34 ; 36)

Traits de caractère qui coïncident avec les caractéristiques de la profession : altruisme, sociabilité, être curieux, capacité d'adaptation, capacité de négociation, accepter les changements, l'évolution, être humble (33 ; 34)

Caractéristiques de la profession :

Le rôle du médecin généraliste (33)

Reconnaissance sociale, place avantageuse dans la société, intégration facilitée (25 ; 32-34 ; 36 ; 37 ; 39)

Reconnaissance des patients, rétribution symbolique (25 ; 32-34 ; 36-39)

Reconnaissance des proches, de la famille (25 ; 32 ; 37)

Reconnaissance pour les autres personnes de la famille (33)

Reconnaissance par les pairs, par les institutions : Médecine générale devenue Spécialité, rôle central (25 ; 32-34)

Bon niveau de rémunération, bon niveau de vie, pouvoir faire de belles vacances, beaux voyages, certain niveau de vie, aspect pécuniaire de la profession (25 ; 32-34 ; 36 ; 39)

Secteur non concurrentiel, sécurité de l'emploi, toujours du travail (25 ; 34 ; 39)

Possibilité de gagner plus si on le souhaite (gardes) (25)

Solidarité entre confrères, convivialité exercice ; collégialité, bon accueil par confrères (32 ; 38 ; 39)

Bonne entente avec spécialistes (37)

Pouvoir prendre en charge sa famille, ses proches si on le souhaite (32 ; 34)

Caractéristiques propres aux professions libérales :

Liberté d'installation, vivre où on veut (25 ; 32 ; 33 ; 39)

Liberté d'organisation de son cabinet, de son agenda, être son propre patron, plasticité de la profession, permet de viser une qualité de vie privée et une qualité travail (25 ; 32 ; 33 ; 38 ; 39)

Liberté de choix de ses associés, de son réseau (25 ; 32 ; 33)

Liberté de sa façon d'exercer, dans ses prescriptions, de se diversifier (25 ; 33)

Liberté des médecins vis-à-vis des patients (33)

Liberté des patients vis-à-vis des médecins (25 ; 33)

Facilité pour se réorienter (33)

Caractéristiques propres au contenu de la pratique :

Se sentir utile, place importante dans la vie du patient, pouvoir soulager les gens (25 ; 32-34 ; 36 ; 38)

Médecin de premier recours, satisfaction de faire un diagnostic (33 ; 39)

Stimulation intellectuelle quotidienne, peu de monotonie, gestion de plusieurs choses à la fois, cas complexe (32 ; 33 ; 35-39)

Activité riche et variée, pratique diversifiée, lutte contre la monotonie, patientèle variée (tout âge, toutes origines) (25 ; 32 ; 33 ; 35 ; 37-39)

Les urgences, gestes techniques, l'adrénaline, part de technicité (34 ; 39)

Les visites à domicile (33)

Possibilité d'activités complémentaires, diversifier sa pratique (32 ; 33)

Possibilité de se spécialiser dans un domaine si on le souhaite (32 ; 33)

Médecine de relation, d'aide, touche à l'intimité des gens, sociale, humaine, conviviale, intense, enrichissement humain pour le médecin, aspect affectif fort de certaines situations (naissance, décès), rôle de confident, enrichissement de la relation médecin/patient avec la durée (25 ; 32-39)

Coté éducatif de la profession, éducation thérapeutique, négociation avec patient, rôle social (25 ; 32 ; 34 ; 37)

Suivi au long cours, sur la durée, Médecin de famille, vieillir avec ses patients, médecin référent (25 ; 32-35 ; 37-39)

Rôle central dans la prise en charge, coordinateur de soins (32-34)

Prise en charge globale des patients, soins centrés sur le patient, réflexion éthique, gestion entière du patient (25 ; 32-34 ; 38)

Médecine qui a fait ses preuves, augmente espérance de vie et qualité de vie, aspect scientifique du métier (33 ; 38)

Pratique en évolution constante (32 ; 39)

Présence de la FMC, des groupes de pairs, permet de continuer à se former (25)

Satisfactions lié aux évolutions :

Permanence de soins, gardes non obligatoires (25 ; 32 ; 33)

Dynamique de regroupement, avec MSP (25 ; 32 ; 33)

Amélioration de la pratique : intronisée Spécialité, EBM, amélioration de la formation initiale et FMC, apparition de la prévention, études médicales adaptées, médecine plus rigoureuse, évolution des connaissances (25 ; 33)

Evolutions technologiques : télétransmission, informatique, simplification des tâches administratives (25)

Féminisation de la profession (33)

Revalorisation de certains actes, nouveaux modes de rémunération (25)

Annexe 12 : Principaux résultats, Odds Ratio et Intervalles de confiance de l'étude « L'exercice de la médecine générale libérale : Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises » (29,43) :

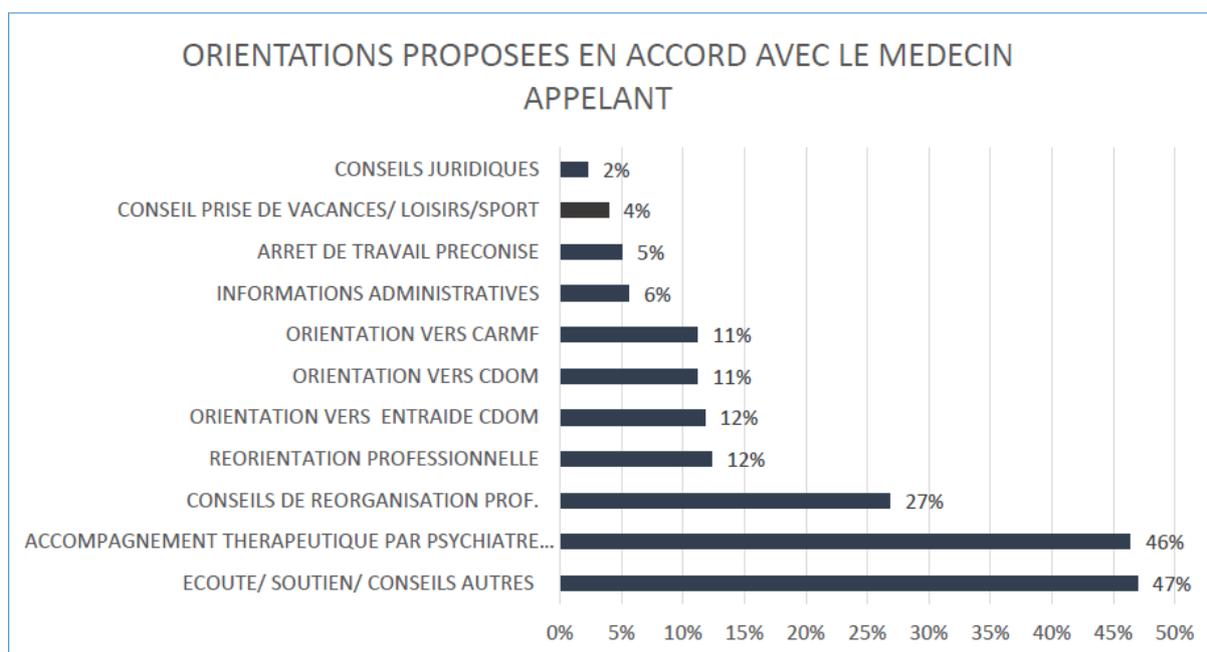
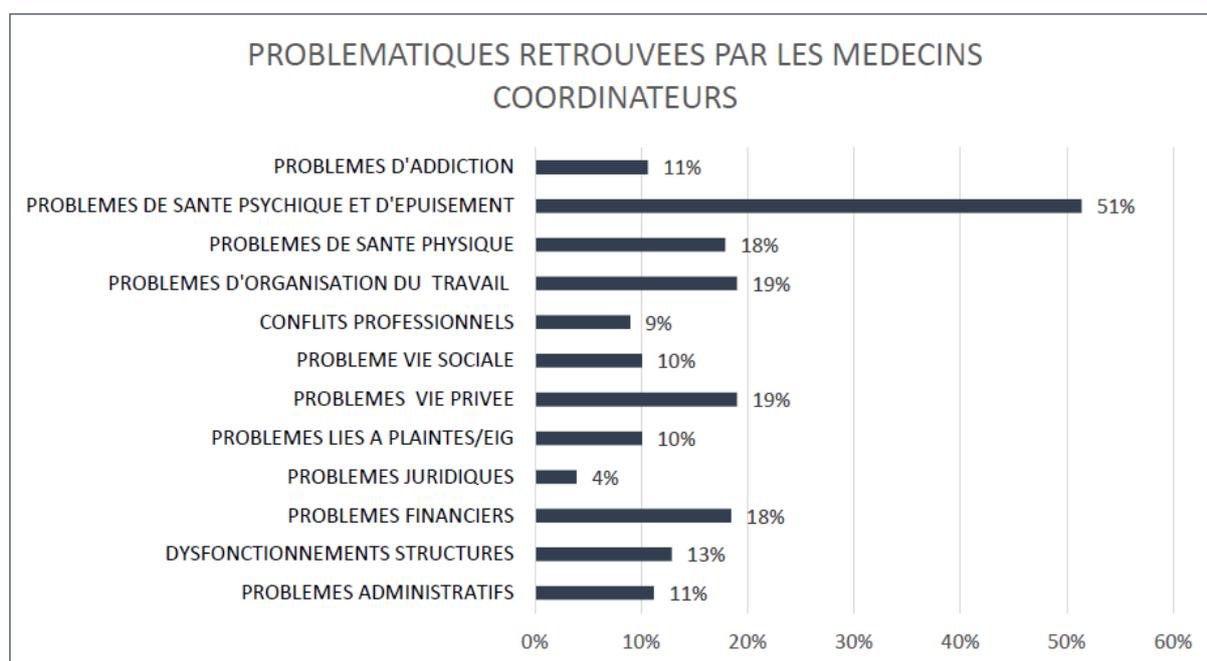
Facteurs ayant un lien significatif avec la Satisfaction Professionnelle	Odds Ratio (OR) et Intervalles de Confiance à 95% (IC)
Age du médecin <ul style="list-style-type: none"> - Entre 40 et 53 ans - Au-delà de 53 ans 	OR : 0.79 (IC : 0.66 – 0.95) OR : 1.002 (IC : 1.000 – 1.004)
Exercice en secteur 1	OR : 0.56 (IC : 0.35 – 0.90)
Durée de travail hebdomadaire <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'heures élevé 	OR : 0.94 (IC : 0.90 – 0.98)
Nombre d'actes hebdomadaires (ref. moins de 80 actes) <ul style="list-style-type: none"> - Entre 80 et 120 actes - Plus de 120 actes 	OR : 1.13 (IC : 0.84 – 1.51) OR : 1.46 (IC : 1.06 – 2.02)
Utilisation d'un ordinateur pour les tâches administratives	OR : 1.33 (IC : 1.05 – 1.69)
Age de la patientèle <ul style="list-style-type: none"> - Part importante âgée de 60 à 69 ans - Part importante âgée de 70 ans et plus 	OR : 0.94 (IC : 0.89 – 0.99) OR : 1.02 (IC : 0.99 – 1.04)

Lecture du tableau : un « Odds ratio » supérieur à 1 indique un effet favorable de la variable sur la satisfaction professionnelle, un « Odds ratio » inférieur à 1 indique un effet défavorable.

Annexe 13 : Tableau récapitulatif des liens statistiquement significatifs mis en évidence dans les thèses d'exercice à visée « quantitative » :

Origines	Facteurs ayant des liens significatifs avec la Satisfaction Professionnelle (SP)
Milliasseau (49)	<p>Age : La SP augmente avec « jeune médecin » (p=0.04)</p> <p>Délai d'installation : La SP augmente avec « installation précoce » (p=0.04)</p> <p>Organisation de l'agenda : La SP est plus élevée avec « rendez-vous uniquement » qu'avec « mode de consultation mixte » (p=0.02)</p> <p>Activités complémentaires : La SP augmente avec « peu d'activité complémentaire » (p=0.01)</p> <p>Vie personnelle : La SP augmente avec « vie privée épanouie » et « nombre de congés élevé » (p=0.02)</p> <p>(Charge de travail : SP a <u>tendance</u> à augmenter avec « charge de travail moindre » et « temps de repos plus conséquent ») (p>0.05)</p>
Arvers (46)	<p>Activités complémentaires (dont sports et loisirs) : augmente la SP (p=0.01)</p> <p>Pas d'effet significatif avec la diversification des activités professionnelles (p=0.07)</p> <p>Hypnose : augmente l'épanouissement professionnel (p=0.04)</p>
Querbes (47)	<p>Pas d'effet significatif avec la formation à des techniques de communication (p>0.05)</p>
Serres (45)	<p>Genre : la qualité de vie personnelle augmente avec « être une femme » (p=0.03)</p> <p>Organisation du cabinet : la qualité de vie personnelle augmente avec « ne pas répondre pas au téléphone » (p=0.04)</p> <p>Pas d'effet significatif avec le mode d'organisation du cabinet ou gestion des urgences (p>0.05)</p>
Rossignol (48)	<p>« l'autonomie », « la médecine de relation » et « l'aspect diversifié » de la profession arrivent en tête de liste des facteurs de satisfaction professionnelle. « L'organisation » est perçue comme secondaire.</p>

Annexe 14 : « Bilan d'activités de l'année 2017 » de l'Association MOTS :



Annexe 15 : Résultats de la revue de la littérature internationale de l'EGPRN : Facteurs de satisfaction professionnelle (22) :

Articles First author, year	General professional theme		Specific GP's practice									Professional and private life	
	Workload balance and income	Responsibilities and recognition of quality of work	Successful medical management of patient Feelings of being competent	Freedom to choose workplace and organise work	Vocational choice; be able to be the doctor you want	Role of GP's personality, gender, physical health	Intellectual stimulation to use abilities; continual professional development	Relationship with patients and their families	Relationship with other professionals	Variety in clinical practice; other professional challenges	Teaching and academic responsibilities	Supporting influence of community	Influence of the family
Meli DN; 2014	X	X		X			X		X	X			
Goetz K, 2013	X	X		X		X			X	X			
Behmann M.; 2012	X			X		X	X	X	X				
Shrestha D, 2011	X			X		X						X	X
McGrail MR, 2010	X	X		X			X		X	X		X	X
Noonan T, 2008	X							X		X		X	X
Geneau R, 2007	X	X	X	X	X		X	X	X	X			
Lepnurm R, 2007	X	X		X		X			X		X	X	X
Manca DP, 2007	X			X			X	X		X	X		
Rivet C, 2007	X			X		X	X	X			X	X	X
Walker KA, 2007	X		X	X			X	X		X			
Backer EL, 2006		X	X	X	X		X	X		X		X	X
Fairhurst K, 2006			X		X		X	X					
Chan BT, 2005					X	X	X				X	X	X
Rourke JT, 2005				X							X	X	X
Carek PJ, 2005	X			X	X		X						X
Shanley BC, 2002	X		X		X	X	X			X	X	X	X

Le serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

ANTOINE Bastien

Supervisor : Doctor Michel Bismuth

The factors of professional satisfaction favoring the retention of French general practitioners in the profession - Systematic review of the literature

Background : The current crisis in Primary care, coupled with the new aspirations and family responsibilities of practitioners, are responsible for a shortage of general practitioners. To solve this problem, studies have been interested in the "positive" aspects of General Medicine.

Objective : To identify the factors of professional satisfaction of the French liberal general practitioners, allowing their maintenance in the profession.

Material and méthodes : Systematic review, conducted from January 2018 to April 2018, from databases: Pubmed and Web of Science, and search engines: BDSP, Cairn.info, Sudoc and Google Scholar.

Results : 20 studies were included. 2 are from work of the DREES. The qualitative studies have collected nearly a hundred factors. The cross-sectional studies confirmed significant links between practice factors and increased job satisfaction: group exercise and computerization of the practice. Moreover, the practice only "by appointment", a reduced workload and a fulfilling personal life, could also promote retention in the profession. Finally, in a Delphi study, 27 MSU validated 31 factors as "important for the practitioner's well-being".

Conclusion : In the complicated context of primary care, it seems more than ever necessary to reflect on one's practice. While some organizational factors are agreed upon, others need to be validated by new studies

Key words : job satisfaction, general practice, literature review

Administrative discipline : General practice

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Docteur Michel Bismuth

Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français – Revue systématique de la littérature

Introduction : 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.

Objectif : Identifier les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes libéraux français, favorisant leur maintien dans la profession.

Matériel et méthodes : Revue systématique de la littérature des dix dernières années, réalisée de janvier à avril 2018, à partir des bases de données : Pubmed et Web of Science, et des moteurs de recherche : BDSP, Cairn.info, Sudoc et Google Scholar.

Résultats : 20 études ont été incluses. 2 sont issues de travaux de la DREES. Les études qualitatives ont permis de recueillir près d'une centaine d'items. Les études descriptives transversales ont confirmé des liens significatifs entre certains facteurs de pratique et une satisfaction professionnelle majorée : l'exercice en groupe et l'informatisation du cabinet. D'après ces études épidémiologiques, la pratique uniquement du « Sur rendez-vous », une charge de travail revue à la baisse et une vie personnelle épanouie, pourraient également favoriser le maintien dans la profession. Enfin, une étude semi-quantitative de type Delphi a fait valider, par 27 MSU, 31 facteurs comme étant « important pour le bien-être du praticien ».

Conclusion : Dans le contexte étriqué des Soins premiers, il paraît plus que jamais nécessaire de réfléchir sa pratique. Si certains facteurs organisationnels font déjà consensus, d'autres doivent être validés par de nouvelles études.

Mots clés : satisfaction professionnelle, médecine générale, revue de la littérature

Title : The factors of professional satisfaction favoring the retention of French general practitioners in the profession - Systematic review of the literature

Key words : job satisfaction, general practice, literature review

Discipline administrative : Médecine Générale
