

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2024

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par M. Alexandre, Jean, Samuel GALIAY
Né le 30 août 1991 à Meaux (77)

Le 9 juillet 2024

Qualité de vie au travail et bien-être mental des médecins
généralistes libéraux français :
une étude quantitative

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maxim CHALLIOT

Rapporteur :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Monsieur le Professeur William DURIEUX

Madame le Docteur Meriem SINACEUR

Madame le Docteur Christine DEMASLES-COSTE

Remerciements :

Au Professeur Bernard GAY, merci d'avoir accepté de présider cette thèse, dont le sujet vous intéresse.

Au Professeur Jean-Philippe JOSEPH, merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse, et de m'avoir permis de terminer mon cursus. J'espère que ce dernier exercice ensemble vous satisfera.

Au Professeur William DURIEUX, merci de faire partie de mon jury, et d'avoir validé mon projet de thèse à un moment où je pensais ne pas passer cette étape.

Au Docteur Meriem SINACEUR, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, de votre présence réconfortante, de votre parcours atypique qui fait écho à ce travail.

Au Docteur Christine DEMASLES-COSTE, merci d'avoir accepté officiellement de faire partie de mon jury.

Au Docteur CHALLIOT Maxim, d'avoir accepté d'être mon directeur, d'être mon plus ancien souvenir de mon parcours médical, d'avoir été présent à chaque difficulté de celui-ci. Il est étrange à quoi un simple match de foot d'intérieur peut conduire. Comme quelques mots ne pourraient être assez pour te décrire, je dirais seulement merci pour ta sincère amitié.

À mes parents, soutien indéfectible aussi bien émotionnel que présentiel, à votre patience, vous qui aurez été grands-parents avant que je sois docteur.

À Leila, grande sœur qui m'aura toujours montré le bon chemin, bien que j'en ai fait quelques écarts.

À Lucie, petite sœur qui trace dorénavant sa route à pied ou en vélo.

À Marie, qui a dû subir mes humeurs durant la préparation de cette thèse, et bien avant.

À toutes les personnes qui mériteraient plusieurs mots, fragments de ma vie qui m'ont conduit à ce que je suis.

Table des matières

GLOSSAIRE / ABREVIATIONS	4
RESUME	5
I. INTRODUCTION	6
II. REVUE DE LA LITTERATURE.....	8
II.1 LE CONCEPT DE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	8
II.1.1 <i>Définitions et dimensions</i>	8
II.1.2 <i>Études scientifiques de la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux</i>	8
II.2 LES FACTEURS QUI INFLUENT LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX.....	8
II.2.1 <i>Charge de travail et gestion du temps</i>	8
II.2.2 <i>Environnement de travail</i>	9
II.2.3 <i>Équilibres travail-vie personnelle</i>	9
II.2.4 <i>Facteurs retrouvés chez des populations françaises hors médecins</i>	9
II.3 CONSEQUENCES DE LA MAUVAISE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	10
II.3.1 <i>Burnout et épuisement professionnel</i>	10
II.3.2 <i>Déclin de la qualité des soins</i>	10
II.4 INTERVENTIONS VISANT A AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	10
II.5 ÉTUDES ANTERIEURES SUR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX.....	10
III. METHODOLOGIE	12
III.1 METHODES ET COLLECTE DE DONNEES	12
III.1.1 <i>Enquête</i>	12
III.1.2 <i>Population d'étude</i>	12
III.1.3 <i>Instruments de mesure du bien-être</i>	12
III.1.3.1 <i>Échelle de santé mentale Warwick-Edinburgh</i>	12
III.1.3.2 <i>Échelle de satisfaction de vie professionnelle</i>	13
III.1.4 <i>Caractérisation de l'échantillon</i>	13
III.1.5 <i>Questions exploratoires</i>	13
III.2 PLAN D'ANALYSE DES DONNEES.....	13
III.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES	15
IV. RESULTATS	16
IV.1 SCORE ECHELLES	20
IV.2 CRITERE DE JUGEMENT	20
EN FONCTION DE WEMBS	20
IV.3 CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES	20
IV.3.1 <i>Analyse univarié de l'échantillon</i>	20
IV.3.2 <i>Analyse univariée des questions exploratoires</i>	24
IV.3.3 <i>Analyse multi-variée sur l'échelle WEMBS</i>	25
IV.3.4 <i>Analyse multi-variée sur l'échelle ESVP</i>	26
V. DISCUSSION	27
V.1 INTERPRETATION DES RESULTATS	27
V.2 IMPLICATIONS PRATIQUES.....	28
V.3 LIMITATIONS DE L'ETUDE	28
V.4 SUGGESTIONS POUR DES RECHERCHES FUTURES	29
VI. CONCLUSION.....	30
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	31
VIII. ANNEXES	35
VIII.1 QUESTIONNAIRE :	35
VIII.1.1 <i>Partie 1 : À propos de vous (échantillon)</i> :	35
VIII.1.2 <i>Partie 2 : Santé Mentale avec échelle WEMBS</i>	37
VIII.1.3 <i>Partie 3 : évaluation qualité de vie au travail avec échelle ESVP</i>	38
VIII.1.4 <i>Partie 4 : Questions exploratoires</i> :	38
VIII.2 COMMENTAIRE LIBRE	39

Glossaire / Abréviations

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
CPP : Comité de Protection des Personnes
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ESV : Échelle de Satisfaction de Vie
ESVP : Échelle de Satisfaction de Vie Professionnelle
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmier Diplômé d'État
ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
MBI : Maslach Burn-out Inventory
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
QVT : Qualité de vie au travail
SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation
WEMBS : Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Résumé

Contexte

Le burn-out représente un risque significatif pour les professionnels de santé, en particulier dans le milieu médical. Cette condition, souvent considérée comme l'aboutissement d'un processus graduel lié à des facteurs professionnels, n'a été que partiellement explorée dans le contexte de la santé globale des soignants. Cette étude vise à établir une corrélation entre la perception individuelle de la santé mentale et la qualité de vie au travail parmi les médecins généralistes.

Méthode

Nous avons conduit une étude descriptive, transversale et quantitative au moyen d'un auto-questionnaire distribué à l'ensemble des médecins généralistes libéraux inscrits à l'Ordre des Médecins ou détenant une licence de remplacement. L'enquête était composée de quatre parties : données socio-démographiques, échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMBS), échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) et des questions exploratoires.

Résultats

Nous avons eu 904 questionnaires complétés dont 739 réponses ont pu être utilisées sur les 51.785 médecins libéraux soit 1,43%. Les scores moyens obtenus à l'échelle WEMBS et l'ESVP étant 50,2 et 20,4 respectivement. Nous avons pu mettre en évidence une corrélation positive entre ces deux échelles.

Limites

La nécessité de réorganiser certaines catégories en raison d'un manque de réponses, ainsi que l'exposition aux biais inhérents aux études quantitatives, ont constitué des contraintes. De plus, l'échantillon représentait moins de 1% de la population cible, limitant la généralisabilité des résultats.

Conclusion

Cette recherche met en évidence une association positive entre le bien-être mental perçu et la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux, suggérant que l'amélioration de l'un pourrait positivement influencer l'autre. Ces résultats soulignent l'importance d'adopter des stratégies visant à améliorer la qualité de vie au travail pour promouvoir la santé mentale des médecins.

I. Introduction

Dans les années 2000, le système de santé Français était classé premier au niveau mondial (1), s'en suit alors une lente dégradation avec une onzième (2) et une quinzième (3) place mondiale en 2018 et ce en fonction des différents classements. Bien que ces classements soient critiquables (4), nous ne pouvons ignorer ce déclin dans les classements qui est effectivement vécu sur le terrain par les professionnels de santé comme les utilisateurs du système de soins. Nous avons choisi d'étudier un des bras de celui-ci que sont les médecins généralistes libéraux et plus précisément leur qualité de vie au travail (QVT). En effet, signalant un ou plusieurs problèmes, de nombreux appels à la grève des médecins libéraux ont eu lieu lors de cette année 2023 (5)(6), mouvements portés par des associations de médecins (7) et les syndicats de médecine générale (8)(9). Les revendications sont nombreuses et nous pouvons citer : la diminution des charges administratives, la revalorisation de l'acte, la promotion de l'accès aux soins en pénalisant les rendez-vous non honorés (7). Devant les réponses apportées par l'assurance maladie jugées insuffisantes, nous avons assisté à la non-signature de la convention et un règlement arbitral (10). Avec une population de médecins généralistes diminuant d'année en année (moins 11% sur la période 2010-2022 représentant 10.128 médecins (11)) et des installations en médecine libérale d'environ 9% avec potentiellement 25% des médecins généralistes choisissant une autre orientation que le soin (12), nous assistons, peut-être, à la plus grande crise des médecins généralistes français. Ces éléments viennent nous questionner sur le ressenti de l'exercice d'un médecin généraliste en France, et plus précisément sa qualité de vie.

Le burn-out, reconnu comme un syndrome résultant d'un stress professionnel chronique, a été largement documenté depuis sa description initiale par Maslach dans les années 80 (13) (14) (15). Sa prévalence élevée chez les professionnels de santé (16), comparée à la population générale (17), et son impact tant sur le plan professionnel que personnel, interrogent sur sa capacité à encapsuler pleinement la notion de QVT. En effet, si le burn-out permet d'aborder l'état de santé mentale (18), l'insatisfaction professionnelle, particulièrement chez les médecins généralistes (19), suggère une compréhension incomplète des enjeux.

En parallèle au développement de ce concept, la notion de qualité de vie au travail est apparue dans les années 50 aux Etats-Unis (20) puis en France dans les années 2000. Elle est définie comme la perception qu'ont les salariés des conditions dans lesquelles ils exercent leur travail et de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci (21).

La question du bien-être au travail intéresse aussi bien les futurs médecins généralistes français (22) que leurs aînés déjà installés (23). Pour cause, un lien possible est suspecté entre le burn-out et la satisfaction au travail selon plusieurs études (24)(19)(25) qui pourraient réunir ces deux notions. Une est lié à la santé générale et au burn-out (26), avec un contrôle des exigences du métier, une maîtrise des compétences ainsi qu'un exercice varié du métier. Ces conditions participeraient à une meilleure qualité de vie au travail (27).

Dans un contexte social parsemé de grève des médecins libéraux et de difficulté d'accès aux soins, il nous semble important de faire un état des lieux de la qualité de vie des médecins généralistes en France.

Pour tenter d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes libéraux, nous avons construit une étude quantitative, transversale et descriptive par auto-questionnaire. Ce dernier est composé de quatre parties que sont : la description de l'échantillon, une échelle validée d'évaluation de la santé mentale, une échelle validée de la satisfaction au travail et une dernière partie constituée de questions exploratoires ayant comme source la littérature concernant le sujet.

Notre hypothèse est que la santé mentale perçue et la qualité de vie au travail sont corrélées de façon positive chez les médecins généralistes libéraux français, et que des facteurs intrinsèques et extrinsèques peuvent avoir un impact.

Objectif principal : mettre en lien la santé mentale perçue et la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux français.

Objectif secondaire : explorer différents facteurs potentiels associés à la santé mentale perçue et la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux français.

II. Revue de la littérature

II.1 Le concept de qualité de vie au travail

II.1.1 Définitions et dimensions

La notion de qualité de vie a émergé aux États-Unis en 1937 (20), préfigurant l'introduction du concept de qualité de vie au travail dans les années 1960 (28) avec le concept de « quality of life work ». Ce dernier, apparu après l'identification des phénomènes de stress et de burn-out, a été officiellement reconnu en France au début des années 2000 grâce à l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) (29). L'accord national interprofessionnel de juin 2013 définit la QVT comme « Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte » (21).

II.1.2 Études scientifiques de la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux

Les recherches indiquent une prévalence du burn-out allant de 38,9 à 58,1% chez les médecins généralistes selon deux méta-analyses française (30) (31) et une anglaise (32). Un sentiment de satisfaction professionnelle réduit à 20,6% et un équilibre vie professionnelle-vie personnel jugé bon pour 39,4% et pauvre pour 16,2% (19), révèlent l'importance de la gestion du stress, de la maîtrise des compétences et de la diversité des activités comme facteurs clés de la QVT chez les médecins généralistes (27).

II.2 Les facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux

II.2.1 Charge de travail et gestion du temps

Le nombre d'heures travaillées est un facteur de risque de burn-out (14) (27). Une étude Hongroise rapporte un lien avec la taille de la patientèle concernant les médecins généralistes (33). D'autres études mettent en évidence un lien négatif entre la satisfaction au travail et le volume horaire, notamment chez les médecins généralistes allemands (34). Dans une méta-analyse s'intéressant à la survenue d'un burn-out chez les médecins, la charge de travail était l'élément retrouvé dans presque toutes les études incluses (31).

En France, les médecins généralistes peuvent mettre en avant la charge de travail comme frein à un exercice rural (35), dont la réduction participerait à une amélioration de leur qualité de vie (36), avec la baisse de l'empiétement du travail sur leur vie privée (23).

Nous pouvons penser que la charge de travail d'un médecin serait un facteur défavorable sur sa qualité de vie au travail.

II.2.2 Environnement de travail

Plusieurs études sur des médecins placeraient le travail en équipe comme un facteur protecteur de stress (37)(25), il en est de même chez les médecins généralistes (34). De plus, un environnement épanouissant consisterait en un cadre de travail qui permettrait la pleine liberté d'utiliser ses compétences, des exigences contrôlées, un exercice varié (27). Une activité hors du champ de compétence, ou bien de recherche, serait également un facteur protecteur du risque de burn-out (31).

En France, le choix d'un exercice de groupe, et plus précisément en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP), aurait un effet positif sur la qualité de vie par la gestion partagée des charges, du secrétariat, de l'acquisition de matériel et la facilité d'un exercice à temps partiel (38). À l'inverse, le milieu rural serait à risque de burn-out, pouvant conduire à un arrêt de la profession (24).

Nous pouvons penser qu'un travail en équipe, dans un espace sans contrainte excessive des instances avec une liberté de pouvoir pleinement utiliser ses compétences serait, avec une activité non médicale, pour un médecin, l'idéal pour sa qualité de vie au travail.

II.2.3 Équilibres vie professionnelle-vie personnelle

Une orientation vers le salariat privilégié par de nombreux médecins généralistes, répond à un souhait de meilleure qualité de vie personnelle, souvent compromise dans l'exercice libéral par des contraintes administratives et une patientèle élevée (39) (36) (23).

Le soutien social hors du milieu professionnel apparaît comme protecteur (27) (26) (33) (31).

L'exercice salarié, un cadre au niveau des heures travaillées, et un entourage social soutenant permettraient un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

II.2.4 Facteurs retrouvés chez des populations françaises hors médecins

Dans une étude par questionnaire entre 2006 et 2010 sur la population française, les auteurs trouvaient une dégradation de plusieurs facteurs influençant la qualité de vie au travail comme la diminution de la liberté de décision, la diminution du support social, le sentiment diminué de récompense, et la majoration des conflits au travail (40). De plus, chez les para-médicaux, on pouvait retrouver comme facteurs influençant la qualité de vie au travail le rythme de celui-ci, la dégradation de la relation soignant-soigné et les nombreuses interruptions de leur travail par des tâches non prévues (41). Nous avons donc une pluralité de facteurs en commun entre les médecins et les populations hors soins et para-médicales.

II.3 Conséquences de la mauvaise qualité de vie au travail

II.3.1 Burnout et épuisement professionnel

La survenue d'un burn-out peut conduire le médecin à se désintéresser de son activité professionnelle, à s'absenter, voire à l'arrêter (42). Il peut survenir également des troubles psychiatriques comme de l'anxiété et/ou dépression, une consommation de substances (43), des dégradations de ses propres relations personnelles (17).

II.3.2 Déclin de la qualité des soins

Dans une méta-analyse française étudiant les personnels médicaux et non médicaux sous impulsion de la Haute Autorité de Santé (HAS), on retrouve un lien direct entre les conditions de travail et la qualité des soins (41). De plus, la présence de symptômes de burn-out peut entraîner une diminution de la qualité des soins et de la sécurité du patient (44), de la productivité (45), une dégradation de la relation médecin-patient (46), et une majoration d'erreurs rapportées (47).

II.4 Interventions visant à améliorer la qualité de vie au travail

Au cours des dernières années, plusieurs interventions ont été mises en place pour améliorer la qualité de vie au travail des médecins généralistes. Une méta-analyse américaine a, par exemple, montré que l'encadrement des heures de travail chez les internes en médecine a eu un effet positif sur leur qualité de vie ressentie, ainsi que sur la sécurité du patient (48). La réduction des charges administratives, du temps de travail, du nombre de visites à domicile, du nombre de gardes, et le fait de pouvoir engager du personnel (36)(23) ont permis d'améliorer la qualité de vie au travail des médecins.

II.5 Études antérieures sur la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux

Comme nous l'avons vu précédemment, la prévalence de symptômes modérés de burn-out parmi les médecins généralistes serait d'environ 58,1% (32) avec une satisfaction au travail plus basse que dans la population générale (18). Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés dans la littérature sur la population spécifique des médecins généralistes comme le fait d'être un homme (19)(33), avoir un nombre élevé d'enfants à charge (33), avoir une restriction de son autonomie et de l'insécurité à son travail (25), des demandes de tâche jugées illégitimes et un nombre élevé d'heures et de patients (34) (33), ainsi que la consommation d'alcool ou l'abus d'autres substances (24). D'autres facteurs intéressants seraient aussi en cause comme avoir fait le choix de la médecine générale « par défaut » ou bien avoir un faible revenu (31).

De nombreuses thèses d'exercice se sont ainsi intéressées à la qualité de vie du médecin généraliste français. Elles indiquent qu'actuellement le choix du salariat se fait à défaut du libéral dans l'optique d'une meilleure qualité de vie (36) même si ce critère peut apparaître discordant (26). Une charge de travail jugée trop importante en libéral (23), une durée de consultation non adaptée de 18 min (49), et la peur du milieu

rural par les futurs médecins généralistes (35) seraient des critères du choix vers le salariat. Une dernière thèse s'est intéressée aux aspirations des médecins et retrouvait la diminution des tâches administratives, la proximité de services publics, une semaine à 4,5 jours et 7 semaines de congés et un exercice varié (22) comme priorité. Nous pouvons donc synthétiser les aspirations d'un médecin pour sa qualité de vie par le salariat, d'être dans un milieu urbain ou péri-urbain avec de nombreux services publics, sans tâches administratives, avec des consultations de 20 min axées sur le temps de soin et une diversité d'exercice, avec deux jours et demi de repos et 7 semaines de congés annuels.

III. Méthodologie

III.1 Méthodes et collecte de données

III.1.1 Enquête

Le questionnaire a été mis en ligne du 5 novembre 2023 au 14 janvier 2024. Nous avons contacté les 96 conseils de l'ordre départementaux métropolitains et les 5 d'outre-mers soit un total de 101. Par ailleurs, nous avons sollicité toutes les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) référencées en France. De plus, nous l'avons diffusé à travers divers groupes médicaux sur internet, réseaux sociaux et sur des listes de diffusion de demandes de remplacement.

III.1.2 Population d'étude

La population cible de l'étude incluait tous les médecins généralistes enregistrés auprès de l'Ordre des médecins sous la spécialité « médecine générale », ainsi que ceux détenant une licence de remplacement, à l'exception des internes de médecine générale, dans un mode d'exercice libéral.

III.1.3 Instruments de mesure

Afin d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes, nous avons choisi de créer un questionnaire en quatre parties avec :

- La description de l'échantillon
- Une échelle de santé mentale perçue
- Une échelle de satisfaction de vie au travail
- Des questions exploratoires

III.1.3.1 Échelle de santé mentale Warwick-Edinburgh

Pour la dimension de la santé mentale, nous avons porté notre choix sur l'échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS), validée en anglais (50) puis dans sa traduction en français (51)(52). Celle-ci contient quatorze items avec cinq niveaux de réponse selon l'échelle de Likert (d'un jusqu'à cinq). Le score est obtenu par l'addition des valeurs allant de quatorze au plus bas et jusqu'à soixante-dix. Il n'existe pas de valeur seuil : un score plus élevé indique un niveau de bien-être mental plus élevé.

En France, nous avons pu trouver deux études utilisant cette échelle. La première comparait les scores obtenus sur un échantillon de la population française durant la troisième semaine du premier confinement puis à la huitième semaine, pour des scores de 49,7 et 45,5 respectivement (53)(54). La seconde comparait les scores de femmes enceintes à ceux de femmes non-enceintes durant le même confinement pour un score de 49,0 (55).

À l'étranger, nous pouvons citer son utilisation chez des médecins généralistes d'Irlande du Nord, avec un score moyen de 50,2, dont l'analyse retrouvait des scores plus élevés chez la population féminine, les plus de 55 ans et les moins de 44 ans

(56). Une seconde, réalisée en Suisse, comparait les scores chez les médecins généralistes et les internes en médecine générale, pour des scores allant de 54,2 et 51,0 respectivement (57). Une dernière était réalisée sur les médecins anglais durant l'épidémie du Covid en 2020, chez les médecins généralistes et hospitaliers, le score moyen retrouvé était de 43,2 (58).

III.1.3.2 Échelle de satisfaction de vie professionnelle

Pour évaluer la dimension de la qualité de vie au travail, nous avons opté pour l'échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP) validée (59) après l'adaptation de l'échelle de satisfaction de vie (ESV) (52), elle-même traduite de « The Satisfaction With Life Scale » (60). Cette première comporte cinq items avec sept niveaux de réponse, le score est l'addition des valeurs allant de cinq à trente-cinq. Elle ne possède pas de valeur seuil : un score élevé est le reflet d'un niveau élevé de satisfaction dans sa profession.

L'échelle de satisfaction de la vie professionnelle n'a pas été utilisée que ce soit dans la population française ou dans notre population cible ou bien à l'international, sûrement car elle provient d'une échelle adaptée à la vie professionnelle, elle-même traduite de l'anglais. L'absence de possibilité de comparaison des scores obtenus pourrait être un frein à l'interprétation des résultats.

III.1.4 Caractérisation de l'échantillon

Dans la partie appelée « à propos de vous », nous avons inclus tous les facteurs susceptibles d'avoir un lien avec la qualité de vie au travail. Elle comprend une description de la personne, tels que l'âge, le sexe, le nombre d'enfants, des aspects de son mode de vie tels que l'activité sportive, le nombre de semaines de congés. De plus, nous avons inclus des informations sur sa façon d'exercer tels que le nombre d'heures travaillées, le nombre de gardes par mois. Tous ces éléments proviennent de la littérature présentée précédemment.

III.1.5 Questions exploratoires

En complément des échelles validées et de la caractérisation de l'échantillon, des questions additionnelles ont été élaborées pour examiner les facteurs potentiels affectant la QVT, tels que la présence d'un médecin traitant personnel, les problèmes de santé physique, et la perception subjective de la rémunération. Ces questions visaient à compléter les informations recueillies par les échelles standardisées et la caractérisation de l'échantillon.

III.2 Plan d'analyse des données

L'ensemble des données ont été collectées via un fichier Google Docs, puis exportées sur un fichier Microsoft Excel. Ce dernier a été utilisé pour décrire notre échantillon (moyenne et pourcentage).

Pour établir un lien entre nos deux échelles, nous avons réalisé un test « Pearson's product-moment correlation ».

Dans la première partie de notre étude, des analyses univariées ont été réalisées sur l'ensemble de nos questions avec l'échelle WEMBS et ESVP distinctement. Les questions catégorielles avec deux réponses maximales ont été traitées par un test « Welch Two sample t-test », celles avec trois et plus niveaux de réponses ont été soumises par un test « Analysis of variance (ANOVA) ». Les questions numériques ont été analysées à l'aide d'un test « Pearson's product moment correlation ». Pour terminer, les questions exploratoires en Likert, nous avons utilisé des tests par « Analysis of variance (ANOVA) ».

La deuxième partie de l'analyse statistique a été faite par des régressions linéaires sur nos deux échelles.

Pour WEMBS, nous avons admis comme variables potentiellement explicatives sur la santé mentale perçue qui pourraient avoir un impact positif : l'âge croissant, le sexe masculin, le nombre d'enfant croissant, le nombre croissant d'heures de loisir, le nombre croissant d'heure de sommeil, le nombre croissant de semaines de vacances annuelles, la région, et le lieu d'exercice (« urbain » et « semi-urbain »). Et d'autres qui auraient un impact négatif : le statut « seul », le nombre croissant d'heures travaillées par semaine, l'absence de médecin traitant déclaré, le nombre croissant d'arrêts maladie, le nombre croissant de gardes par mois, la prise quotidienne de psychotropes et le mode d'exercice « seul ».

Pour l'ESVP, nous avons retenu comme variables pouvant influencer positivement : l'âge croissant, le sexe masculin, le nombre croissant d'heures de loisir, le nombre croissant d'heures de sommeil, un nombre croissant de semaines de vacances, la région, le lieu (« urbain » et « semi-urbain »), la présence d'un secrétariat et le nombre croissant de jours de formation annuels. Et celles qui auraient un impact négatif : le statut « célibataire », le nombre élevé d'heures travaillées, un nombre élevé d'heures travaillées non médicales, un temps élevé de trajet, le milieu d'exercice « seul » ainsi que le nombre croissant de gardes par mois.

Pour la cohérence statistique, nous avons dû séparer en catégories les variables nombre d'heures de loisirs hebdomadaire, le temps de travail non médical et le temps de travail. L'analyse a été faite par une régression linéaire, les données manquantes traitées par imputation multiple par équation de chaînes.

Les différences ont été considérées comme significatives pour une valeur de « p » inférieure à 0.05.

III.3 Considérations éthiques

L'accord du Comité de Protection des personnes (CCP) ainsi que celui de la Commission Nationale de l'Information et des Liberté (CNIL) n'ont pas été nécessaires puisque les questionnaires étaient anonymisés.

IV. Résultats

Nous avons eu 904 retours de notre questionnaire. Nous avons exclu 164 des retours car ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Un dernier questionnaire était exclu devant deux réponses aberrantes. Le diagramme des flux est présenté dans la figure 1.

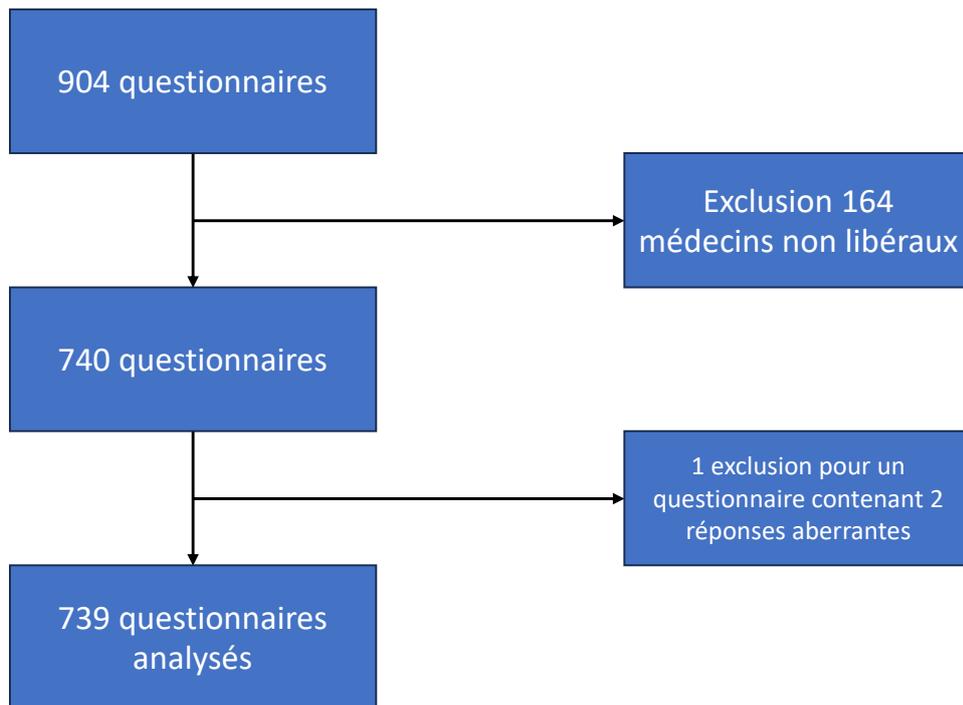
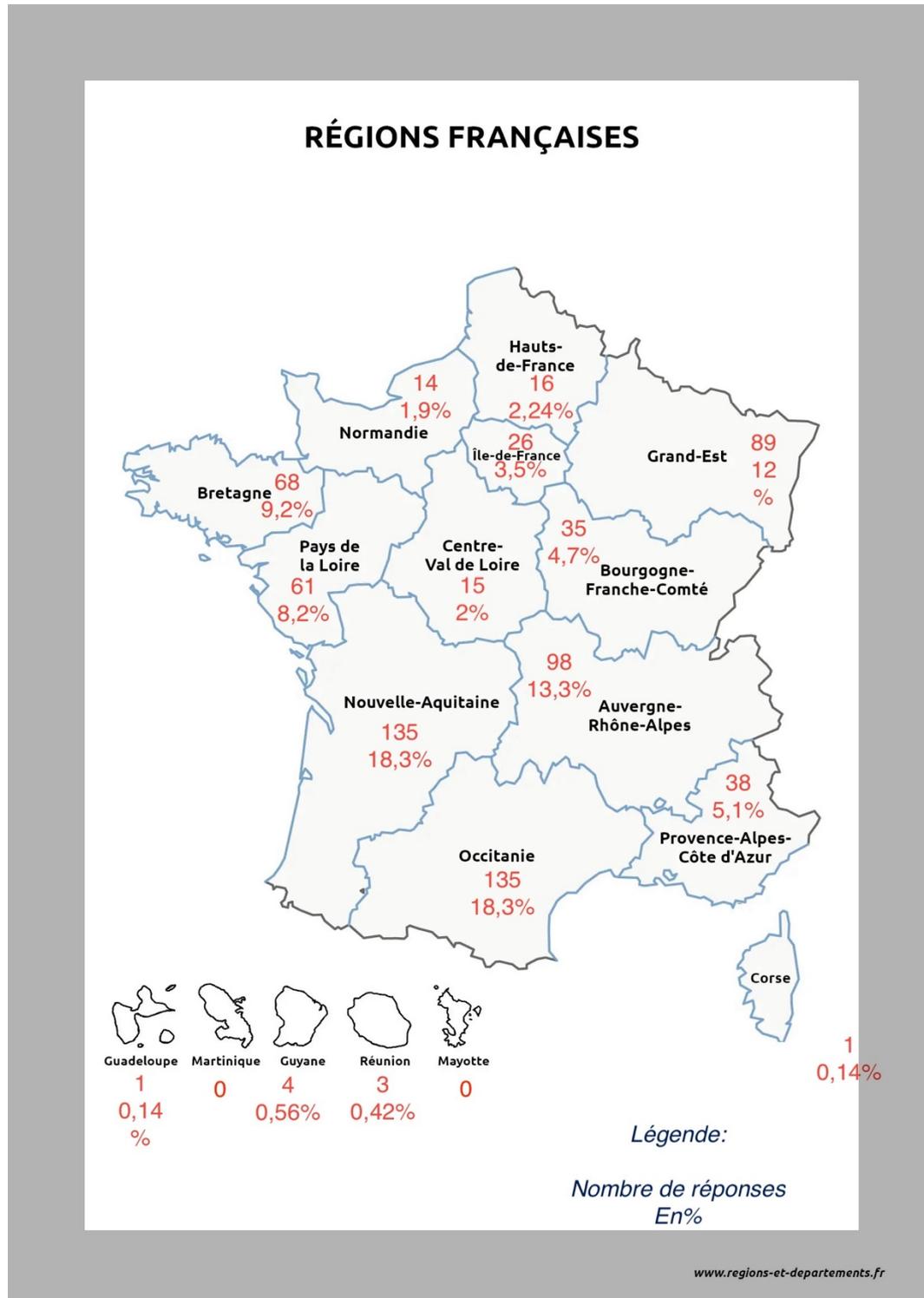


Figure 1 FlowChart

Caractéristiques socio-professionnelles (disponible sur le tableau 1)

La répartition géographique de notre échantillon a été faite par région d'exercice et disponible sous forme de carte en suivant.



Carte 1 Répartition géographique

En 2022, le conseil de l'ordre recensait 84.133 médecins généralistes (11) dont 51.785 médecins libéraux généralistes (61), avec un retour de questionnaire à 739 notre échantillon représentait 1,43 % des 51.785 médecins généralistes libéraux en activité.

	moyenne (écart-type)	min	max	n
Âge	44.7 (11.1)	27.0	75.0	739
Nombre d'heures de loisirs par semaine	4.88 (4.74)	0	36.0	739
Nombre d'heures de sommeil par nuit en semaine	7.07 (0.898)	4.00	10.0	739
Nombre d'heures travaillées par semaine	45.2 (11.8)	0	90.0	739
Nombre d'heures de temps non médical par semaine	6.61 (5.09)	0	48.0	739
Nombre de gardes par mois	1.11 (1.69)	0	10.0	739
Nombre de jours d'arrêt maladie dans l'année	5.95 (25.5)	0	270	739
Nombre de jours de formation par an	4.70 (5.27)	0	68.0	739
Nombre de congés par an	7.07 (2.80)	0	35.0	739
Temps de trajet domicile-travail (en minutes)	16.0 (12.2)	0	80.0	739

Tableau 1 : échantillon variables quantitatives

		n (%)
Equipe para-médicale	Aucun	573 (78%)
	IDE	66 (8.9%)
	Assistant médical	52 (7%)
	IPA	13 (1.8%)
	Pluri-para	35 (4.7%)
Lieu d'exercice	Urbain	233 (32%)
	Semi-rural	345 (47%)
	Rural	96 (13%)
	ZRR	49 (6.6%)
	Autre	16 (2.2%)
Médecin traitant déclaré	Non	495 (67%)
	Oui	244 (33%)
Milieu d'exercice	Seul	115 (16%)
	Regroupement de médecins	386 (52%)
	MSP	201 (27%)
	Multi-site	37 (5%)
Nombre d'enfants	0	143 (19%)
	1	110 (15%)
	2	301 (41%)
	3	129 (18%)
	4	43 (5.8%)
	5	10 (1.4%)
	6	3 (0.41%)
Prise quotidienne de médicaments psychotrope	Non	608 (82%)
	Oui	129 (18%)
Secrétariat	Aucun	79 (11%)
	Téléphonique délocalisé	197 (27%)

	Physique	463 (63%)
Sexe	Homme	246 (33%)
	Femme	493 (67%)
Statut	Célibataire	59 (8%)
	Concubinage	199 (27%)
	Marié(e)	433 (59%)
	Divorcé(e)	48 (6.5%)

Tableau 2 : échantillon variables qualitatives

L'âge moyen de notre échantillon était de 44,7 ans, avec une représentation majoritaire des femmes qui constituaient 66,8% des répondants. Majoritairement, les personnes interrogées étaient mariées (58,5%), suivies par celles en concubinage (27%), célibataires (8%) et enfin divorcés (6,5%). Le nombre d'enfants allait de 2 pour 40,7%, 0 pour 19,4, 3 pour 17,5, 1 pour 14,9, 4 pour 5,8, 5 pour 1,4 et 6 pour 0,3%. Le temps de loisir hebdomadaire était de 4,9 heures en moyenne, tandis que la durée du sommeil moyenne était de 7,1 heures.

Concernant le temps de travail, la moyenne était de 45,2 heures par semaine dont 6,6 heures de temps non médical, soit environ 15% du temps travaillé. La durée moyenne de trajet était estimée à 16 minutes.

Environ 67% déclaraient n'avoir pas de médecin traitant autre que soi-même.

En moyenne, les médecins de notre échantillon avaient 5,9 jours d'absence en arrêt maladie. De plus, 41,8% d'entre eux ont dû aménager leur poste au cours de l'année précédente.

Concernant le lieu d'exercice, nous retrouvons une proportion de 46,7% en milieu semi-rural, 31,5% en milieu urbain, 13% en milieu rural, 6,6% en ZRR et 2,2% ayant plusieurs milieux d'exercice.

Pour le milieu d'exercice, majoritairement les médecins de notre échantillon exerçaient en regroupement de médecins pour 52,2%, puis en MSP pour 27,2, seul pour 15,6, sur plusieurs sites pour 5.

Le nombre de garde était en moyenne de 1,1/mois, celui de formation de 4,7 jours/an.

On retrouvait 17,4% rapportant une prise quotidienne de psychotropes.

Enfin, le revenu annuel avant impôt était d'environ 79.286,2 euros pour 466 retours à cette question.

IV.1 Score échelles

Le score moyen de l'échelle WEMBS était de 50,0 sur 70, avec un écart-type de 7,10, elle représentait la santé mentale perçue.

Le score moyen de l'échelle ESVP était de 20,4 sur 35, avec un écart-type de 7,62 celle-ci explorait la qualité de vie au travail.

IV.2 Critère de jugement principal

Le score moyen à l'échelle WEMBS, représentant la santé mentale, était de 50,2 sur 70. Celui de l'ESVP, représentant la qualité de vie au travail était de 20,4 sur 35.

Nous retrouvons une corrélation positive significative entre ces deux échelles, mettant un lien entre la santé mentale perçue et la qualité de vie au travail, présentée dans le tableau 2.

En fonction de WEMBS	coefficient de corrélation (IC 95%)	n	p	test
QVT - TOTAL	0.658 (0.615; 0.697)	739	<0.001	Pearson

Tableau 3 : Lien entre WEMBS et ESVP

IV.3 Critères de jugement secondaires

IV.3.1 Analyse univariée de l'échantillon

Lors de l'analyse univariée des statistiques numériques portant sur l'échelle WEMBS, nous avons pu mettre en avant une corrélation significative positive pour les variables :

- L'âge
- Le nombre d'heures de loisirs
- Le revenu net avant impôt
- Le nombre d'heures de sommeil

Puis significative négative concernant :

- Le nombre d'heures travaillées non médicales
- Le temps de trajet.

De plus, nous avons retrouvé des corrélations non significatives positives pour le nombre de semaines de vacances, le nombre de gardes par mois et le nombre de jours de formation, puis négatives pour le nombre d'heures travaillées et le nombre de jours d'arrêt.

Pour l'analyse catégorielle, nous avons observé des scores significativement plus élevés, donc positif, pour :

- Les hommes
- Un nombre d'enfant plus élevé
- L'absence de prise quotidien de psychotropes

En revanche, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes en fonction du statut, de la présence d'un médecin déclaré, de la région d'exercice, du lieu d'exercice et du secrétariat.

Les données sont renseignées dans le tableau 3.

		moyenne (écart-type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Aménagement du poste de travail	Non	51.2 (6.69)	52.0 [47.0 - 56.0]	18.0	70.0	427	<0.001	Welch
	Oui	48.4 (7.23)	49.0 [44.0 - 54.0]	26.0	64.0	307	-	-
Equipe para-médicale	Aucun	49.7 (6.76)	50.0 [46.0 - 55.0]	29.0	70.0	573	<0.001	ANOVA
	IDE	52.1 (7.48)	53.5 [49.2 - 57.8]	30.0	63.0	66	-	-
	Assistant	48.2 (8.62)	48.5 [41.8 - 56.0]	26.0	64.0	52	-	-
	IPA	49.5 (11.4)	54.0 [49.0 - 56.0]	18.0	59.0	13	-	-
	Plusieurs	53.1 (6.02)	53.0 [49.0 - 57.5]	41.0	63.0	35	-	-
Lieu d'exercice	Urbain	50.4 (7.18)	50.0 [46.0 - 56.0]	30.0	64.0	233	0.65	ANOVA
	Semi-rural	49.8 (6.79)	50.0 [45.0 - 55.0]	32.0	70.0	345	-	-
	Rural	50.6 (6.87)	51.0 [46.0 - 56.0]	33.0	64.0	96	-	-
	ZRR	48.6 (9.11)	51.0 [48.0 - 54.0]	18.0	62.0	49	-	-
	Autre	50.2 (6.98)	51.5 [46.8 - 54.5]	35.0	63.0	16	-	-
Médecin traitant déclaré	Non	50.1 (7.17)	51.0 [46.0 - 55.0]	18.0	68.0	495	0.57	Welch
	Oui	49.8 (6.96)	50.0 [45.8 - 55.0]	30.0	70.0	244	-	-
Milieu d'exercice	Seul	49.4 (7.40)	50.0 [45.0 - 55.0]	29.0	68.0	115	0.7	ANOVA
	Regroupement	50.0 (6.89)	50.0 [46.0 - 55.0]	18.0	70.0	386	-	-
	MSP	50.3 (7.46)	51.0 [46.0 - 56.0]	26.0	65.0	201	-	-
	Multi-site	50.8 (6.36)	53.0 [47.0 - 56.0]	35.0	61.0	37	-	-
Nombre d'enfants	0	48.9 (6.94)	49.0 [44.0 - 55.0]	29.0	63.0	142	0.021	ANOVA
	1	49.0 (7.43)	50.0 [45.0 - 54.2]	30.0	63.0	108	-	-
	2	49.9 (7.16)	50.0 [46.0 - 55.0]	18.0	64.0	301	-	-
	3	51.2 (6.41)	51.0 [47.0 - 56.0]	33.0	68.0	129	-	-
	4	52.2 (6.87)	52.0 [47.5 - 57.0]	38.0	70.0	43	-	-
	5	51.9 (8.67)	53.5 [45.0 - 58.2]	39.0	64.0	10	-	-
	6	56.7 (8.50)	60.0 [53.5 - 61.5]	47.0	63.0	3	-	-
Prise quotidienne de médicaments psychotropes	Non	50.8 (6.88)	51.0 [47.0 - 56.0]	18.0	70.0	608	<0.001	Welch
	Oui	46.3 (7.01)	46.0 [42.0 - 51.0]	26.0	63.0	129	-	-
Secrétariat	Aucun	49.7 (6.35)	51.0 [46.5 - 54.0]	32.0	62.0	79	0.9	ANOVA
	Délocalisé	49.9 (6.54)	50.0 [45.0 - 55.0]	26.0	64.0	197	-	-

	Physique	50.1 (7.45)	51.0 [46.0 - 56.0]	18.0	70.0	463	-	-
Sexe	Homme	51.2 (7.00)	52.0 [46.0 - 56.0]	33.0	70.0	246	<0.01	Welch
	Femme	49.4 (7.08)	50.0 [45.0 - 55.0]	18.0	65.0	493	-	-
Statut	Célibataire	47.8 (6.66)	48.0 [42.0 - 52.0]	33.0	61.0	59	0.054	ANOVA
	Concubinage	50.3 (6.71)	51.0 [47.0 - 55.0]	33.0	70.0	199	-	-
	Marié(e)	50.3 (7.13)	51.0 [45.0 - 55.0]	18.0	68.0	433	-	-
	Divorcé(e)	49.0 (8.47)	49.5 [45.8 - 56.0]	30.0	63.0	48	-	-

	coefficient de corrélation (IC 95%)	n	p	test
Âge	0.0845 (0.0124; 0.156)	739	0.022	Pearson
Nombre d'heures de loisirs par semaine	0.174 (0.103; 0.243)	739	<0.001	Pearson
Nombre d'heures de sommeil par nuit en semaine	0.160 (0.0885; 0.229)	737	<0.001	Pearson
Nombre d'heures travaillées par semaine	-0.0698 (-0.142; 0.00258)	733	0.059	Pearson
Nombre d'heures de temps travaillées non médical	-0.122 (-0.192; -0.0498)	737	<0.001	Pearson
Nombre de gardes par mois	0.00804 (-0.0641; 0.0801)	739	0.83	Pearson
Nombre de jours d'arrêt maladie par an	-0.0279 (-0.0999; 0.0444)	738	0.45	Pearson
Nombre de jours de formation par an	0.00655 (-0.0662; 0.0793)	726	0.86	Pearson
Nombre de semaines de vacances par an	0.0526 (-0.0197; 0.124)	738	0.15	Pearson
Région d'exercice	0.0278 (-0.0444; 0.0997)	739	0.45	Pearson
Temps de trajet domicile-travail	-0.104 (-0.175; -0.0324)	738	<0.01	Pearson

Tableau 4 : Analyse univariée WEMBS

Lors de l'analyse univariée des statistiques numériques portant sur l'échelle ESVP, nous avons pu mettre en avant une corrélation significative positive pour :

- Le nombre d'heures de loisirs
- Le nombre d'heures de sommeil

À l'inverse, une corrélation négative significative a été mise en évidence pour :

- Le nombre d'heures travaillées
- Le nombre d'heures travaillées non médicales
- Le temps de trajet
- Le nombre de jours d'arrêt de travail

De plus, nous avons retrouvé des corrélations non significatives positives pour le nombre de semaines de vacances, le nombre de gardes par mois et le revenu net annuel, puis négative pour le nombre de jours de formation.

Pour l'analyse catégorielle, les scores étaient significativement plus élevés pour :

- Les hommes
- L'absence de prise quotidienne de psychotropes

En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes en fonction du statut, du nombre d'enfants, de la présence d'un médecin déclaré, de la région d'exercice, du lieu d'exercice et du secrétariat.

Les données sont renseignées dans le tableau 4.

		moyenne (écart- type)	médiane [Q25-75]	min	max	n	p	test
Aménagement du poste de travail	Non	22.1 (7.25)	23.0 [17.0 - 28.0]	5.00	35.0	427	<0.001	Welch
	Oui	18.1 (7.48)	17.0 [12.0 - 24.0]	5.00	35.0	307	-	-
Equipe para-médicale	Aucun	19.8 (7.52)	20.0 [14.0 - 26.0]	5.00	35.0	573	<0.001	ANOVA
	IDE	22.9 (7.17)	25.5 [18.0 - 28.8]	5.00	34.0	66	-	-
	Assitant	20.4 (8.12)	23.0 [14.0 - 27.0]	5.00	35.0	52	-	-
	IPA	23.5 (7.39)	25.0 [23.0 - 29.0]	6.00	30.0	13	-	-
	Plusieurs	24.4 (7.15)	27.0 [19.0 - 30.0]	9.00	34.0	35	-	-
Lieu d'exercice	Urbain	20.2 (7.53)	21.0 [15.0 - 27.0]	5.00	35.0	233	0.56	ANOVA
	Semi-rural	20.4 (7.71)	21.0 [14.0 - 27.0]	5.00	35.0	345	-	-
	Rural	21.4 (7.76)	23.0 [15.0 - 28.0]	6.00	34.0	96	-	-
	ZRR	19.2 (7.37)	20.0 [14.0 - 25.0]	5.00	33.0	49	-	-
	Autre	20.4 (6.98)	20.0 [16.0 - 26.0]	5.00	31.0	16	-	-
Médecin traitant déclaré	Non	20.1 (7.70)	21.0 [13.5 - 26.5]	5.00	35.0	495	0.15	Welch
	Oui	20.9 (7.43)	22.0 [15.0 - 27.2]	5.00	35.0	244	-	-
Milieu d'exercice	Seul	18.9 (8.13)	19.0 [13.0 - 26.0]	5.00	35.0	115	0.013	ANOVA
	Regroupement	20.1 (7.27)	21.0 [14.0 - 26.0]	5.00	35.0	386	-	-
	MSP	21.6 (7.89)	23.0 [15.0 - 28.0]	5.00	35.0	201	-	-
	Multi-site	21.5 (7.14)	22.0 [16.0 - 28.0]	5.00	30.0	37	-	-
Nombre d'enfants	0	19.4 (7.46)	21.0 [12.0 - 25.0]	5.00	33.0	142	0.3	ANOVA
	1	19.9 (8.14)	21.0 [13.0 - 27.2]	5.00	34.0	108	-	-
	2	20.2 (7.48)	21.0 [14.0 - 27.0]	5.00	35.0	301	-	-
	3	21.4 (7.46)	22.0 [16.0 - 27.0]	5.00	35.0	129	-	-
	4	21.5 (7.65)	23.0 [16.0 - 28.0]	7.00	35.0	43	-	-
	5	22.7 (8.69)	24.5 [16.0 - 29.8]	7.00	34.0	10	-	-
	6	23.3 (6.43)	26.0 [21.0 - 27.0]	16.0	28.0	3	-	-
Prise quotidienne de médicaments psychotropes	Non	21.4 (7.42)	23.0 [16.0 - 28.0]	5.00	35.0	608	<0.001	Welch
	Oui	16.0 (6.79)	15.0 [12.0 - 21.0]	5.00	34.0	129	-	-
Secrétariat	Aucun	20.1 (7.35)	21.0 [14.0 - 26.5]	5.00	34.0	79	0.3	ANOVA
	Délocalisé	19.7 (7.44)	21.0 [14.0 - 25.0]	5.00	34.0	197	-	-
	Physique	20.7 (7.73)	21.0 [15.0 - 27.0]	5.00	35.0	463	-	-
Sexe	Homme	21.6 (7.70)	23.0 [16.0 - 28.0]	5.00	35.0	246	<0.01	Welch
	Femme	19.7 (7.50)	20.0 [14.0 - 26.0]	5.00	35.0	493	-	-
Statut	Célibataire	18.8 (7.27)	20.0 [12.0 - 25.0]	5.00	31.0	59	0.066	ANOVA
	Concubinage	20.5 (8.00)	21.0 [14.0 - 28.0]	5.00	35.0	199	-	-
	Marié(e)	20.8 (7.49)	22.0 [15.0 - 27.0]	5.00	35.0	433	-	-
	Divorcé(e)	18.3 (7.20)	17.5 [13.8 - 23.0]	5.00	34.0	48	-	-

	coefficient de corrélation (IC 95%)	n	p	test
Âge	-0.0377 (-0.110; 0.0345)	739	0.31	Pearson
Nombre d'heures de loisirs par semaine	0.129 (0.0576; 0.199)	739	<0.001	Pearson
Nombre d'heures de sommeil par nuit en semaine	0.188 (0.117; 0.256)	737	<0.001	Pearson
Nombre d'heures travaillées par semaine	-0.136 (-0.206; -0.0640)	733	<0.001	Pearson
Nombre d'heures de temps travaillées non médical	-0.178 (-0.247; -0.107)	737	<0.001	Pearson
Nombre de gardes par mois	0.0237 (-0.0485; 0.0957)	739	0.52	Pearson
Nombre de jours d'arrêt maladie par an	-0.0965 (-0.168; -0.0245)	738	<0.01	Pearson
Nombre de jours de formation par an	-0.0713 (-0.143; 0.00147)	726	0.055	Pearson
Nombre de semaines de vacances par an	0.0428 (-0.0294; 0.115)	738	0.25	Pearson
Région d'exercice	-0.0249 (-0.0969; 0.0473)	739	0.5	Pearson
Temps de trajet domicile-travail	-0.0977 (-0.169; -0.0257)	738	<0.01	Pearson

Tableau 5 : Analyse univariée ESVP

IV.3.2 Analyse univariée des questions exploratoires

L'examen de nos 15 questions exploratoires a révélé une corrélation significative entre les échelles WEMBS et ESVP pour toutes nos questions. Des scores plus élevés sur nos deux échelles étaient associés à des scores plus élevés pour les variables suivantes :

- Satisfaction relative au sommeil
- Perception de la signification attribuée au travail
- Capacité à séparer vie professionnelle et vie personnelle
- Sentiment d'exploitation optimale des compétences personnelles
- Sentiment d'autonomie dans la prise de décision
- Qualité des interactions avec les patients
- Perception du temps alloué aux patients comme adéquat
- Satisfaction concernant la rémunération
- Évaluation de la qualité des réseaux sociaux personnels

Inversement, nous avons constaté des scores plus faibles pour des scores plus élevés pour les variables suivantes :

- L'impact du travail sur la vie personnelle
- La tendance à terminer le travail plus tard que prévu
- La fréquence des interruptions dues à des tâches non pertinentes
- La détérioration des relations avec les patients
- La considération de changer de profession dans l'année
- Les difficultés relationnelles avec l'assurance maladie ou la direction

IV.3.3 Analyse multi-variée sur l'échelle WEMBS

Lors de cette analyse, nous avons retrouvé, entre la santé mentale perçue, une corrélation significative positive avec l'âge, le nombre d'enfants, le nombre d'heures de loisir hebdomadaire, le nombre d'heures de sommeil par nuit, négative pour la prise quotidienne de psychotropes, un score plus élevé chez le groupe « concubinage » contre le groupe « célibataire ». Nous n'avons pas trouvé d'association statistique avec le sexe, le nombre d'heures travaillées, la présence d'un médecin traitant déclaré, le nombre de jours d'arrêt maladie, le nombre de semaine de vacances, le nombre de gardes, la région, le lieu et le milieu d'exercice.

		Coefficients	p	p global
Age		0.0119 [-0.0443; 0.0680]	0.68	0.68
Equipe para-médicale	IDE vs Aucun	2.40 [0.510; 4.29]	0.013	<0.01
	Assistant vs Aucun	1.26 [-0.828; 3.34]	0.24	-
	IPA vs Aucun	2.13 [-1.79; 6.06]	0.29	-
	Plusieurs vs Aucun	4.37 [1.88; 6.86]	<0.001	-
Heures de loisirs par semaine (en classes)	2.5 - 5 vs ≤2.5	1.80 [0.535; 3.06]	<0.01	<0.001
	5 - 7.5 vs ≤2.5	3.98 [2.03; 5.94]	<0.001	-
	>7.5 vs ≤2.5	2.84 [1.16; 4.52]	<0.001	-
Heures de sommeil par nuit en semaine		0.0581 [-0.00571; 0.122]	0.074	0.074
Heures travaillées par semaine (en classes)	35 - 42 vs ≤35	-0.528 [-2.19; 1.13]	0.53	0.011
	42 - 55 vs ≤35	-2.21 [-3.85; -0.570]	<0.01	-
	>55 vs ≤35	-2.97 [-5.21; -0.731]	<0.01	-
Lieu d'exercice	Semi-rural vs Urbain	-0.0617 [-1.29; 1.16]	0.92	0.55
	Rural vs Urbain	1.24 [-0.563; 3.04]	0.18	-
	ZRR vs urbain	-0.603 [-3.01; 1.80]	0.62	-
	Autre vs Urbain	0.369 [-3.47; 4.21]	0.85	-
Milieu d'exercice	Regroupement vs Seul	1.45 [-0.215; 3.12]	0.088	0.16
	MSP vs Seul	2.17 [0.293; 4.05]	0.024	-
	Multi-site vs Seul	1.65 [-1.28; 4.58]	0.27	-
Nombre d'heures de temps travaillées non médical (en classes)	3 - 6 vs ≤3	-2.00 [-3.42; -0.585]	<0.01	<0.001
	6 - 9 vs ≤3	-3.77 [-5.53; -2.01]	<0.001	-
	>9 vs ≤3	-4.41 [-6.17; -2.65]	<0.001	-
Nombre de gardes par mois		0.00695 [-0.0265; 0.0404]	0.68	0.68
Nombre de jours de formation par an		-0.0590 [-0.159; 0.0411]	0.25	0.25
Nombre de semaines de vacances par an		-0.0430 [-0.233; 0.147]	0.66	0.66
Région d'exercice		-0.0186 [-0.118; 0.0812]	0.71	0.71
Secrétariat	Délocalisé vs Aucun	-1.07 [-3.00; 0.859]	0.28	0.55
	Physique vs Aucun	-0.838 [-2.68; 1.00]	0.37	-
Sexe	Femme vs Homme	-0.962 [-2.16; 0.238]	0.12	0.12
Statut	Concubinage vs Célibataire	1.86 [-0.281; 4.01]	0.088	0.12
	Marié(e) vs Célibataire	1.87 [-0.144; 3.89]	0.069	-
	Divorcé(e) vs Célibataire	0.0687 [-2.73; 2.87]	0.96	-
Temps de trajet domicile-travail		-0.0743 [-0.118; -0.0308]	<0.001	<0.001

Tableau 6 : Analyse Multi-variée WEMBS

IV.3.4 Analyse multi-variée sur l'échelle ESVP

Dans cette analyse, nous avons étudié toutes les variables qui pourraient avoir un effet sur la qualité de vie au travail. Nous retrouvons une corrélation statistiquement positive avec le nombre d'heures de loisir, et les catégories équipe para-médicale IDE et équipe pluri-para-médicale contre la catégorie « aucun », négative pour le nombre d'heures travaillées, le nombre d'heures travaillées non médicales et le temps de trajet. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien significatif avec l'âge, le sexe, le statut, le nombre de semaines de vacances, la région, le lieu, et le milieu d'exercice, le secrétariat, le nombre de gardes, le nombre de jours de formation.

		Coefficients	p	p global
Age		0.0119 [-0.0443; 0.0680]	0.68	0.68
Equipe para-médicale	IDE vs Aucun	2.40 [0.510; 4.29]	0.013	<0.01
	Assistant vs Aucun	1.26 [-0.828; 3.34]	0.24	-
	IPA vs Aucun	2.13 [-1.79; 6.06]	0.29	-
	Plusieurs vs Aucun	4.37 [1.88; 6.86]	<0.001	-
Heures de loisirs par semaine (en classes)	2.5 - 5 vs ≤2.5	1.80 [0.535; 3.06]	<0.01	<0.001
	5 - 7.5 vs ≤2.5	3.98 [2.03; 5.94]	<0.001	-
	>7.5 vs ≤2.5	2.84 [1.16; 4.52]	<0.001	-
Heures de sommeil par nuit en semaine		0.0581 [-0.00571; 0.122]	0.074	0.074
Heures travaillées par semaine (en classes)	35 - 42 vs ≤35	-0.528 [-2.19; 1.13]	0.53	0.011
	42 - 55 vs ≤35	-2.21 [-3.85; -0.570]	<0.01	-
	>55 vs ≤35	-2.97 [-5.21; -0.731]	<0.01	-
Lieu d'exercice	Semi-rural vs Urbain	-0.0617 [-1.29; 1.16]	0.92	0.55
	Rural vs Urbain	1.24 [-0.563; 3.04]	0.18	-
	ZRR vs urbain	-0.603 [-3.01; 1.80]	0.62	-
	Autre vs Urbain	0.369 [-3.47; 4.21]	0.85	-
Milieu d'exercice	Regroupement vs Seul	1.45 [-0.215; 3.12]	0.088	0.16
	MSP vs Seul	2.17 [0.293; 4.05]	0.024	-
	Multi-site vs Seul	1.65 [-1.28; 4.58]	0.27	-
Nombre d'heures de temps travaillées non médical (en classes)	3 - 6 vs ≤3	-2.00 [-3.42; -0.585]	<0.01	<0.001
	6 - 9 vs ≤3	-3.77 [-5.53; -2.01]	<0.001	-
	>9 vs ≤3	-4.41 [-6.17; -2.65]	<0.001	-
Nombre de gardes par mois		0.00695 [-0.0265; 0.0404]	0.68	0.68
Nombre de jours de formation par an		-0.0590 [-0.159; 0.0411]	0.25	0.25
Nombre de semaines de vacances par an		-0.0430 [-0.233; 0.147]	0.66	0.66
Région d'exercice		-0.0186 [-0.118; 0.0812]	0.71	0.71
Secrétariat	Délocalisé vs Aucun	-1.07 [-3.00; 0.859]	0.28	0.55
	Physique vs Aucun	-0.838 [-2.68; 1.00]	0.37	-
Sexe	Femme vs Homme	-0.962 [-2.16; 0.238]	0.12	0.12
Statut	Concubinage vs Célibataire	1.86 [-0.281; 4.01]	0.088	0.12
	Marié(e) vs Célibataire	1.87 [-0.144; 3.89]	0.069	-
	Divorcé(e) vs Célibataire	0.0687 [-2.73; 2.87]	0.96	-
Temps de trajet domicile-travail		-0.0743 [-0.118; -0.0308]	<0.001	<0.001

Tableau 7 : Analyse multi-variée ESVP

V. Discussion

V.1 Interprétation des résultats

Notre question initiale, qui était le lien entre la santé mentale perçue et la qualité de vie au travail des médecins généraliste libéraux, a pu être confirmée par la corrélation positive entre les échelles WEMBS et ESVP dans notre échantillon, ce qui s'aligne sur les travaux antérieurs établissant un lien entre le burn-out et la qualité de vie professionnelle. Nous avons identifié des facteurs ayant un impact positif sur nos deux échelles, tels que l'âge, le temps consacré aux loisirs, la quantité d'heures de sommeil, la présence d'une équipe paramédicale contre son absence, l'absence d'aménagement de poste au cours de l'année, l'absence de prise quotidienne de psychotropes, avec une surprise concernant le sexe masculin apparaissant comme un facteur protecteur. D'autres étaient plus spécifiques à l'échelle WEMBS comme le nombre d'heures de sommeil, le nombre d'enfant(s) et le nombre d'heures travaillées non médicales. Et certains l'étaient pour l'ESVP comme le nombre d'heures travaillées, le nombre de jours d'arrêt de travail et le temps de trajet.

Nous retrouvons aussi des facteurs négatifs de la littérature, notamment le volume horaire de travail et la gestion du temps non-médical. Cependant, certains de nos résultats, comme l'absence de corrélation significative entre le nombre de gardes et la qualité de vie, suggèrent un potentiel manque de puissance du fait de la taille de notre échantillon.

De plus, nous n'avons pu trouver de réel lien avec le lieu, ou bien la région d'exercice, cela pouvant s'expliquer, également, par un manque de puissance de notre échantillon mais cela n'était pas l'idée princeps de l'étude.

Les résultats à nos questions exploratoires soulignent l'importance pour le médecin du sens de son travail, sa volonté d'exprimer son savoir à son plein potentiel, l'autonomie à son travail, les relations avec ses patients. Inversement, l'empiètement de son travail sur sa vie personnelle, les relations avec l'assurance maladie, la considération de son travail jugée comme détériorée peuvent avoir un réel impact tant sur sa qualité de vie au travail que sur sa santé mentale perçue.

En 2019, une thèse d'exercice avait fait l'objet de la question du lien entre le burn-out et la qualité de vie en utilisant une échelle de burn-out, la Maslach Burn-out Inventory (MBI) et une échelle de qualité de vie (questionnaire santé de DUKE) chez les médecins généralistes français pour un total de 1.198 questionnaires. Cette étude, comme vu à l'introduction, retrouvait un lien entre la santé générale et la présence d'un burn-out, le premier étant plus dégradé que le burn-out est sévère (26). De plus, la prévalence dans leur étude était de 42,8% de burn-out avec comme facteurs de risque le sexe masculin, le divorce, l'exercice en milieu rural, le salariat, deux gardes ou plus par mois, trente actes ou plus par jour, moins de cinq semaines de vacances, pas d'activité sportive ou de loisir, un arrêt de travail au cours de l'année et l'aménagement du poste. Nous retrouvons des résultats similaires avec une corrélation sur les semaines de congés, les heures de loisirs, la nécessité d'avoir aménagé son poste de travail. Pour autant, dans nos résultats, être du sexe masculin apparaît comme un facteur de meilleure qualité de vie au travail, le milieu rural n'est pas retrouvé comme un facteur péjoratif. Nous avons des scores plus élevés chez ceux se déclarant en

concubinage contre les statuts mariés, eux-mêmes ayant des scores plus élevés que les statuts divorcés. De plus, le nombre de jours d'arrêt maladie n'a pas de corrélation significative dans notre étude.

V.2 Implications pratiques

Nos résultats soulignent l'urgence de soigner les soignants, particulièrement dans un contexte de pénurie médicale et de contestations sociales. Plusieurs facteurs identifiés, bien que certains soient non modifiable (âge, sexe), offrent des pistes d'action, notamment en ce qui concerne la gestion du travail et l'interaction avec les instances administratives. Une attention particulière devrait être portée aux médecins envisageant une réorientation professionnelle ou présentant des signes de détresse psychologique par les instances ordinales ou politiques. Des associations se créent, pour protéger les soignants en exercice, à l'instar de Soins Pour les Soignants avec une plateforme d'écoute, une application et des ateliers sont offerts aux adhérents aussi bien en présentiel, locaux à Paris, qu'en ligne. Des journées de formation régionales et nationales sont organisées avec un intérêt particulier pour la prévention des risques psycho-sociaux chez les soignants, en mettant l'accent sur l'importance de la respiration, du sommeil, de la méditation, de l'alimentation, etc...

V.3 Limites de l'étude

Les biais inhérents à la méthodologie de collecte des données, notamment les biais de sélection et de désirabilité sociale, doivent être pris en compte dans l'interprétation de nos résultats. De plus, la composition démographique de notre échantillon, plus jeune et majoritairement féminine, pourrait affecter la généralisabilité de nos conclusions.

La non-reproductibilité du questionnaire et l'absence de comparaison directe avec d'autres études utilisant les mêmes échelles de mesure soulignent la nécessité d'une prudence dans l'interprétation des résultats.

L'échelle WEMWBS fournirait un reflet de l'instant mais présenterait des lacunes pour explorer les différents changements opérés dans le temps (53). Notre étude ne s'étant pas intéressée à la temporalité de divers changements, comme une cessation d'activité libérale, de garde ou bien une installation dans un regroupement de médecins, nous ne pouvons garantir nos résultats sur cet aspect. En outre, aucune étude ne s'étant intéressée spécifiquement à notre population d'étude, aucune comparaison n'a été possible.

L'échelle WEMBS ne présentant aucun cutt-off, nous avons cherché s'il existait des valeurs références dans notre échantillon. Malheureusement, nous n'avons trouvé aucune étude l'utilisant dans la population des médecins généralistes français. Dans notre recherche, nous n'avons pas inclus les études utilisant la version courte de l'échelle WEMBS.

Le choix de nos échelles ne permettait donc pas une comparaison de nos résultats avec des études antérieures sur ces mêmes scores et la même population cible, ce qui est dérangeant pour nos conclusions.

V.4 Suggestions pour des recherches futures

La réplication de cette étude en utilisant les mêmes échelles de mesure chez une population plus large de médecins généralistes français permettrait de poursuivre nos résultats et d'offrir une comparaison. Des études qualitatives fourniraient une compréhension plus nuancée des défis rencontrés par les médecins généralistes, enrichissant ainsi les perspectives sur la qualité de vie au travail dans ce groupe professionnel.

Le recueil initial incluait une question « Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer votre qualité au travail ? » avec une réponse ouverte. Malheureusement l'analyse qualitative n'était pas possible sur un tel échantillon, nous nous sommes résolus à présenter certaines réponses jugées importantes en annexe.

De plus, il serait intéressant d'explorer la santé mentale et la qualité de son travail, si la bonne santé de nos soignants est liée, ou non, à une bonne qualité de son travail.

VI. Conclusion

Conclure notre exploration sur la qualité de vie au travail chez les médecins généralistes nous amène à reconnaître la complexité et l'importance cruciale de cette thématique. Notre étude a mis en lumière la corrélation étroite entre la santé mentale perçue et la qualité de vie professionnelle, soulignant l'influence réciproque entre l'environnement de travail et le bien-être individuel.

Cette recherche confirme l'existence de facteurs significatifs impactant à la fois la qualité de vie au travail et la santé mentale des médecins. Elle illustre la nécessité d'approches globales qui considèrent à la fois l'environnement professionnel et les besoins personnels des soignants. Face à un taux de burn-out préoccupant, plus élevé chez les médecins généralistes que dans la population générale, il devient impératif d'adopter des stratégies de prévention et d'intervention adaptées.

Malgré cette conjecture inquiétante, nous n'avons que peu de données sur le taux réel de suicide des médecins en France, qui reste un sujet tabou. La seule étude réalisée remonte à 2010 et retrouve un risque trois fois supérieur à celui de la population générale (62), sans autre chiffre plus récent. Les médecins, au cours de leur formation, sembleraient plus vulnérables : dans la population des internes en médecine, l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) estimerait qu'un interne se suiciderait tous les 18 jours (63).

Notre contribution à la compréhension de ces dynamiques invite à une prise de conscience collective sur l'importance de soigner nos soignants en veillant à leur environnement de travail tout en reconnaissant et en soutenant leurs besoins individuels. C'est en abordant ces deux aspects de manière intégrée que nous pourrions espérer améliorer réellement la qualité de vie au travail pour les médecins généralistes et, par extension, pour l'ensemble des professionnels de santé.

VII. Bibliographie

1. Coyne JS, Hilsenrath P. The World Health Report 2000: can health care systems be compared using a single measure of performance? *Am J Public Health*. janv 2002;92(1):30, 32-3.
2. Björnberg A, Yung Phang A. Euro health consumer index. [En ligne]. 2015. Health Consumer Powerhouse; 2018. 90 p. Disponible : <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>
3. Fullman N, Yearwood J, Abay SM. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. juin 2018;391(10136):2236-71.
4. Grignon M. Que valent les classements internationaux ? Sociétal; 2002. 5 p.
5. Actu. Médecins : pourquoi ils sont appelés à faire grève aujourd'hui. [En ligne]. 2023 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: https://actu.fr/societe/medecins-pourquoi-ils-sont-appelles-a-faire-greve-le-9-juin_59687860.html
6. Fertin L. Grève du 13 octobre. Journée noire chez les médecins : que faire si votre cabinet est fermé ? [En ligne]. 2023 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: https://actu.fr/societe/greve-du-13-octobre-journee-noire-chez-les-medecins-que-faire-si-votre-cabinet-est-ferme_60192432.html
7. Médecin pour demain. Propositions pour améliorer l'accès aux soins. [En ligne]. 2022 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://medecinspourdemain.fr/propositions-pour-ameliorer-laces-aux-soins/>
8. MG France. MG France demande aux médecins généralistes de fermer leurs cabinets à partir du 13 octobre. [En ligne]. 2023 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/communiquepresse/3396-mg-france-demande-aux-medecins-generalistes-de-fermer-leurs-cabinets-a-partir-du-13-octobre>
9. Union Française pour une Médecine Libre Syndicat. Retrouver le plaisir d'être médecin de ville. [En ligne]. 2023 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ufml-syndicat.org/>, <https://www.ufml-syndicat.org/>
10. L'Assurance Maladie. Convention médicale : le règlement arbitral a été remis au ministre de la Santé et de la prévention. [En ligne]. 2023 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/convention-medicale-le-reglement-arbitral-ete-remis-au-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention>
11. Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France. [En ligne]. 1 janv 2022. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
12. Union Française pour une médecine Libre. Les médecins s'installent dans les régions ensoleillées et il n'y en a jamais eu autant ? [En ligne]. 2019 [cité 24 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.ufml-syndicat.org/medecins-sinstallent-regions-enseillees-ny-a-jamais-autant>
13. Maslach C. Understanding burnout: Definition issues in analyzing a complex phenomenon. *Sage Publ*. janv 1982;29-40.
14. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PloS One*. 16 juin 2017;12(10):e0185781.
15. L'Agence Nationale Pour l'Amélioration des Conditions de Travail. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir. [En ligne]. 2015. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-

2015_version_internet.pdf

16. Shadili G, Goumard D, Provoost JP, Pallec GL. Burn out des medecins et autres praticiens hospitaliers. *Inf Psychiatr.* 2018;94.
17. De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local Reg Anesth.* oct 2020;Volume 13:171-83.
18. Tyssen R, Hem E, Gude T, Grønvold NT, Ekeberg O, Vaglum P. Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample : a 10-year longitudinal, nationwide study of course and predictors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* janv 2009;44(1):47-54.
19. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract.* déc 2018;19(1):130.
20. Prutkin JM, Feinstein AR. A History of Quality of Life Measurements. [En ligne]. 2002. Disponible sur: <https://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1423&context=ymtld>
21. Ministère du travail, de l'emploi, de la Formation professionnelle. Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013 : Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle. [En ligne]. 2013. Disponible sur: <https://www.anact.fr/accord-national-interprofessionnel-du-19-juin-2013-relatif-la-qualite-de-vie-au-travail>
22. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes : étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ; 2012.
23. Carle M. Le médecin généraliste picard : ressenti et réflexions [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2019.
24. Thommasen HV, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. *Can Fam Physician.* avr 2001;47.
25. Visser MRM, Smets EMA, Oort FJ. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ.* 4 févr 2003;
26. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien ? [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université Bordeaux-Ségalen ; 2020.
27. Calnan M, Wainwright D, Almond S. Job Strain, EŠ ort-Reward Imbalance and Mental Distress: a study of occupations in general medical practice. *Work Stress.* oct 2000;14(4297-311).
28. Simin Easton, Darren Van Laar. QoWL (Quality of Working Life)-What, How, and Why ? *Psychol Res* ISSN 2159-5542 [En ligne]. oct 2013;3(10, 596-605). Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/52400810>
29. Minisère du Travail, de la Santé et des Solidarités. L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et de son Réseau (ANACT). [En ligne]. 2009. Disponible sur: https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Chap_11.pdf
30. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 1 mars 2019;246:132-47.
31. Guedon A. Le burnout du médecin : prévalence et déterminants dans le monde. *Revue de la littérature* [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen-Normandie ; 2016.
32. Karuna C, Palmer V, Scott A, Gunn J. Prevalence of burnout among GPs: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* mai 2022;72(718):e316-24.
33. Adam S, Mohos A, Kalabay L, Torzsa P. Potential correlates of burnout among general practitioners and residents in Hungary: the significant role of gender, age, dependant care and experience. *BMC Fam Pract.* déc 2018;19(1):193.

34. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. Prazeres F, éditeur. PLOS ONE. 18 juin 2021;16(6):e0253447.
35. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ; 2013.
36. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université de Lorraine ; 2003.
37. Alcaraz-Mor R, Vigouroux A, Urcun A, Boyer L, Villa A, Lehucher-Michel MP. Qualité de vie au travail de jeunes médecins hospitaliers : satisfaits malgré tout... : Santé Publique. 14 mai 2019;Vol. 31(1):113-23.
38. Juge D. Qualité de vie du médecin généraliste rural, avant et après son installation en maison de santé [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier ; 2017.
39. Conti T. Pourquoi les jeunes généralistes de la Somme choisissent-ils l'exercice salarié exclusif ? Enquête qualitative auprès de médecins généralistes de la Somme salariés exclusifs thésés depuis 2012 [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne ; 2019.
40. Malard L, Chastang JF, Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. *Int Arch Occup Environ Health*. 1 févr 2015;88(2):235-46.
41. Kornig C, Levet P, Ghadi V. Qualité de vie au travail et qualité des soins [En ligne]. 2016. Disponible sur:
https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail_et_qualite_des_soins_janvier_2016_.pdf
42. Hodkinson A, Zhou, A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 14 sept 2022;e070442.
43. Brown SD, Goske MJ, Johnson CM. Beyond Substance Abuse: Stress, Burnout, and Depression as Causes of Physician Impairment and Disruptive Behavior. *J Am Coll Radiol*. juill 2009;6(7):479-85.
44. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 15 oct 2019;171(8):555.
45. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity ? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. déc 2014;14(1):325.
46. Salyers MP, Bonfils KA, Luther L, Firmin RL, White DA, Adams EL, et al. The Relationship Between Professional Burnout and Quality and Safety in Healthcare: A Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*. avr 2017;32(4):475-82.
47. Owoc J, Mańczak M, Jabłońska M, Tombariewicz M, Olszewski R. Association Between Physician Burnout and Self-reported Errors: Meta-analysis. *J Patient Saf*. 1 janv 2022;18(1):e180-8.
48. Harris JD, Staheli G, LeClere L, Andersone D, McCormick F. What effects have resident work-hour changes had on education, quality of life, and safety ? A systematic review. *Clin Orthop*. mai 2015;473(5):1600-8.
49. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université d'Aix-Marseille ; 2020.
50. Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S. The Warwick-Edinburgh

Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes*. déc 2007;5(1):63.

51. Trousselard M, Steiler D, Dutheil F, Claverie D, Canini F, Fenouillet F. Validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) in French psychiatric and general populations. *Psychiatry Res*. 30 nov 2016;245:282-90.

52. Blais MR, Vallerand RJ, Pelletier LG, Briere NM. L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du « Satisfaction With Life Scale ». *Rev Can Sci Comport*. 1989;21(210-223).

53. Johnson R, Jenkinson D, Stinton C, Taylor-Phillips S, Madan J, Stewart-Brown S, et al. Where's WALY ? : A proof of concept study of the « wellbeing adjusted life year » using secondary analysis of cross-sectional survey data. *Health Qual Life Outcomes*. 8 sept 2016;14(1):126.

54. Barbalat G, Tanguy Melac A, Zante E, Haesebaert F, Franck N. Predictors of mental well-being over the first lockdown period due to the COVID-19 pandemic in France. A repeated cross-sectional study. *Front Public Health*. 28 août 2023;11.

55. Gaucher L, Barasinski C, Dupont C, Razurel C, Pichon S, Leavy E. Pregnancy, Mental Well-Being and Lockdown: A Nationwide Online Survey in France. *Healthc Basel Switz*. 3 sept 2022;10(10):1855.

56. Murray MA, Cardwell C, Donnelly M. GPs' mental wellbeing and psychological resources: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. août 2018;67(661):e547-54.

57. Lindemann F, Rozsnyai Z, Zumbrunn B, Laukenmann J, Kronenberg R, Streit S. Assessing the mental wellbeing of next generation general practitioners: a cross-sectional survey. *BJGP Open*. 15 oct 2019;3(4):bjgpopen19X101671.

58. Jabbar SAA, Marshall C. An investigation into managerial support for the psychological wellbeing of national health service doctors during the Covid-19 pandemic: A cross sectional study. *Int J Health Plann Manage*. janv 2023;38(1):85-104.

59. Fouquereau E, Rioux L. Élaboration de l'Échelle de satisfaction de vie professionnelle (ÉSVP) en langue française: Une démarche exploratoire. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport*. 2002;34(3):210-5.

60. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*. févr 1985;49(1):71-5.

61. L'Assurance maladie. Médecins généralistes (hors médecins à expertise particulière) libéraux [En ligne]. 2024. Disponible sur: https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux.pdf

62. Courtet, Philippe. *Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier, 2010

63. InterSyndicale Nationale des Internes. Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide [En ligne]. 2021 [cité 16 avr 2024]. Disponible sur: <https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/>

VIII. Annexes

VIII.1 Questionnaire :

VIII.1.1 Partie 1 : À propos de vous (échantillon) :

Numéro	Question	Réponses
1	Quel est votre âge ? (Réponse libre)	
2	Quel est votre sexe ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Homme • Femme • Autre
3	Quel est votre statut ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Célibataire • Concubinage • Marié(e) • Divorcé(e)
4	Combien avez-vous d'enfant(s) ? (Réponse libre)	
5	Combien d'heures par semaine pratiquez-vous une activité de loisir (sport, musique, lecture, etc) ? (Réponse libre)	
6	En moyenne, combien d'heures dormez-vous chaque nuit en semaine (hors gardes et hors week-end) ? (Réponse libre)	
7	Quel est votre nombre d'heures travaillées hebdomadaire (incluant temps médical et non médical) ? (Réponse libre)	
8	Quel est votre nombre d'heures de temps non médical hebdomadaire (administratif, comptabilité, ordonnances à refaire, etc) ? (Réponse libre)	
9	Quel est votre temps de trajet domicile-Lieu d'exercice (en minutes) ? (Réponse libre)	
10	Avez-vous un médecin traitant déclaré autre que vous-même ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
11	Combien de jour d'arrêt maladie avez-vous dû prendre au cours de l'année ? (Réponse libre)	
12	Avez-vous dû aménager votre poste de travail (diminution des heures travaillées, arrêt des gardes, arrêts du travail du week-end, démission, etc) ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non
13	Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ? (Réponse libre)	
14	Quel est votre région d'exercice ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Auvergne-Rhône-Alpes • Bourgogne • Franche-Comté • Bretagne • Centre-Val de Loire • Corse • Grand Est • Haut de France • Île-de-France • Normandie • Nouvelle Aquitaine • Occitanie • Pays de la Loire • Provinces-Alpes-Côte d'Azur • Guadeloupe • Martinique • Guyane • La Réunion • Mayotte
15	Quel est votre lieu d'exercice ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Urbain (métropole et métropole élargie) • Semi-rural • Rural (commune de moins de 2.000 habitants) • Zone de revitalisation rurale (ZRR)
16	Quel est votre milieu d'exercice ? (Réponse unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Seul • Regroupement de médecin • Maison de Santé Multidisciplinaire (MSP) • Multi-site
17	Travaillez-vous avec ? (Réponses multiples possibles)	<ul style="list-style-type: none"> • Un secrétariat téléphonique délocalisé • Un secrétariat physique

		<ul style="list-style-type: none"> • Un assistant médical • Une infirmière • Une infirmière de pratique avancée • Aucun
18	Combien faites-vous de gardes par mois ? (Réponse libre)	
19	Combien avez-vous de jours de formation par an ? (Réponse libre)	
20	Quel est votre revenu net avant impôt ? (Réponse non obligatoire, libre)	
21	Prenez-vous des médicaments psychotropes au moins une fois par semaine (comme des antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques) ? (Réponse non obligatoire, unique)	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non

Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh (2006)
et Nicolas Franck (2013) pour la traduction, tous droits réservés

Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.

Nom _____ Date _____

VECU	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) utile	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) détendu(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres	1	2	3	4	5
J'ai eu de l'énergie à dépenser	1	2	3	4	5
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté	1	2	3	4	5
Ma pensée était claire	1	2	3	4	5
J'ai eu une bonne image de moi	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) proche des autres	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) confiant(e)	1	2	3	4	5
J'ai été capable de prendre mes propres décisions	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) aimé(e)	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses	1	2	3	4	5
Je me suis senti(e) joyeux(se)	1	2	3	4	5

VIII.1.3 Partie 3 : évaluation qualité de vie au travail avec échelle ESVP

1. Globalement, ma vie professionnelle correspond tout à fait à mes idéaux.
2. Mes conditions de vie professionnelle ont toujours été excellentes.
3. Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle.
4. Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie professionnelle.
5. Si je pouvais recommencer ma vie professionnelle, je n'y changerais presque rien.

Score global ESVP

TABLEAU 2

VIII.1.4 Partie 4 : Questions exploratoires :

Numéro	Question	Réponse unique
1	Selon vous, votre travail a-t-il du sens ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
2	Diriez-vous que vous arrivez à faire la déconnexion entre votre travail et votre vie privé ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
3	Diriez-vous que les exigences de votre travail interfèrent avec votre vie familiale et personnelle ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
4	Généralement, finissez-vous plus tard que votre heure prévue ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
5	Êtes-vous interrompus(e) dans l'exercice de votre métier par des tâches incongrues (Demande d'un patient, demande d'un membre de votre équipe, urgence, administratif, etc) ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
6	Diriez-vous que vos compétences sont utilisées de façon optimale ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
7	Diriez-vous que vous êtes libre de vos décisions et de vos prises en charge médicale ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
8	D'une manière générale, diriez-vous que les relations avec vos patients soient un facteur influençant positivement votre qualité de travail ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
9	Diriez-vous que vous avez le temps nécessaire pour parler avec vos patients ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
10	Diriez-vous que les relations avec vos patients se sont dégradées depuis le début de votre activité ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
11	Pensez-vous avoir une rémunération à la hauteur de vos compétences ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord

		<ul style="list-style-type: none"> • Complètement en désaccord
12	Avez-vous pensé au cours de l'année à changer de profession ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
13	Avez-vous choisi la médecine générale par défaut ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
14	Pensez-vous que l'assurance maladie améliore vos conditions de travail ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
15	À quel point êtes-vous satisfait de votre sommeil ?	<ul style="list-style-type: none"> • Très satisfait • Modérément satisfait • Insatisfait • Insatisfait
16	Avez-vous des réveils nocturnes ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord
17	Diriez-vous que vous possédez un tissu social, hors professionnel, de bonne qualité ?	<ul style="list-style-type: none"> • Complètement d'accord • Plutôt d'accord • Plutôt en désaccord • Complètement en désaccord

VIII.2 Commentaire libre

« De meilleurs moyens, moins de réponse sur objectifs et statistiques, nous gérons de l'humain, pas des dossiers, une meilleure reconnaissance des pouvoirs publics, une meilleure reconnaissance des patients, et une reconnaissance financière, qui est jusqu'à présent le mode de reconnaissance et gratification d'une société capitaliste comme la nôtre... »

« Meilleure rémunération. Plus de temps disponible avec chaque patient. Être moins pressée par le temps. Ne faire que du médical. Avoir plus de reconnaissance financière et morale de notre travail. Ne pas devoir travailler plus de 40h par semaine pour gagner plus de 3500€ net par mois ! »

« Moins d'administratif. Rémunération revalorisée afin de pouvoir trouver un meilleur équilibre concernant les horaires hebdomadaires. Je trouve actuellement mon équilibre en gardant le statut de remplaçant, indispensable pour souffler et avoir du temps en famille. Mon revenu est moins important qu'un médecin installé mais je n'ai pas les préoccupations de gestion du cabinet et j'ai davantage de temps libre. »

« Expatriation. Dossier en cours. Je quitte le libéral en France qui n'offre plus la possibilité d'une médecine de qualité. Je préfère tout plaquer, perdre mes sous investis et perdre mon mental et l'envie de soigner en restant ici. Mon confrère va faire pareil. Les politiques veulent tuer la médecine générale libérale et la population avec. Moi je pars pour sauver ma peau et ma vocation. »

« Revalorisé l'acte (réellement, pas 1,5€); avoir les moyens d'embaucher des secrétaires physiques, arrêter de passer des heures à faire de l'administratif, arrêter de remplir des formulaires de 8 pages recto verso inutiles et redondants; arrêter d'être pris pour un fraudeur systématiquement par la CPAM; avoir la reconnaissance des pairs pour le travail fourni (non le Med Gé n'est pas la secrétaire du spécialiste..); arrêter d'être corvéable à merci et en tant que dernier maillon de la chaîne de santé, bouffer mon temps libre à vouloir dépanner les patients des inepties des caisses/défaillance du système de santé dans son ensemble. Cet été m'a conduit à un état limite suicidaire, j'ai déplaqué et suis partie à l'étranger depuis 1an, pour ma survie mentale. Si c'était à refaire je le ferai bien plus tôt, les cimetières sont remplis de gens indispensables : aucun métier ne mérite un tel sacrifice ! Bon courage pour ton étude. »

« Changer de métier »

« Moins d'administratif, une comptabilité simplifiée, plus de temps pour le médical, la relation patient médecin, moins de complexité informatique, administrative, plus de facilité dans la communication entre professionnels et entre médecins généralistes et spécialistes. »

« Changer de travail (carrément autre chose que la médecine) mais bloquée par les emprunts et la difficulté de quitter le statut libéral (charges qui continuent...) »

« Le changement est déjà fait. Après 23 ans d'exercice en région parisienne où une certaine lassitude me gagnait ayant l'impression de pratiquer une médecine de consommation, j'ai rejoint mon conjoint à la campagne et ce nouvel exercice rural m'a remotivée. Je manque de temps pour ma vie personnelle, alors je privilégie la qualité à la quantité. »

« Le respect de gens et leur considération, être rémunérée à ma juste valeur afin de pouvoir embaucher une secrétaire physique qui me dégraderait du temps médical. Que le gouvernement arrête de nous faire passer pour des nantis abusifs »

« Ma qualité de vie est très bonne depuis le déconventionnement. Je n'aurais pas répondu la même chose aux questionnaires il y a 6 mois. Mes problèmes de santé liés au stress ont complètement disparu. »

« De mon côté : Après burn-out / dépression et 5 mois d'arrêt cette année j'ai modifié mon planning et façon de voir les choses (réduction du nombre de consultations, de patients, je refuse de faire certains actes gratuits, j'arrête de vouloir être la solution au problème de démographie médicale et de pallier au manque de soins hospitaliers et de spécialistes). Si j'arrive à me tenir à ces résolutions et que financièrement je trouve un moyen de compenser la perte je pourrai peut-être continuer mon métier comme ça. Dans le cas contraire je me déconventionnerai ou changerai de profession, ce qui ne me fait plus peur. Du côté politique de santé : il faut largement augmenter les moyens de l'hôpital public, largement augmenter le nombre de soignants (AS, IDE, médecins), et largement augmenter le tarif de consultation qui est déconnecté de la réalité. La majorité de mes consultations sont des actes complexes, devant pallier au naufrage du système de soins. J'ai augmenté mes heures années après année en stagnant au même revenu (augmentation des charges ++, complexification des consultations). Actuellement je diminue mon activité pour arriver à 35h/semaine, en espérant tenir

ainsi le coup moralement, mais ça ne sera pas viable financièrement. Je vais faire des DE en sachant que ça ne rattrapera pas grand-chose. Puis je verrai ce que je décide. »

« Avoir plus de temps pour chaque patient, ne pas crouler sous les demandes, pour ne pas avoir la crainte de prendre du retard. Cela passe aussi par une meilleure rémunération, et par la diminution des consultations inutiles et des tâches administratives, et par une meilleure reconnaissance du travail complexe de la médecine générale (par la société d'une manière générale). Par consultations inutiles j'entends celles qui ne font pas réellement appel à nos compétences de médecin (certificats inutiles, consultations pour arrêts de travail courts...) »

« Rien. C'est foutu »

« J'ai pris mes décisions depuis longtemps d'avoir du temps pour mes patients et moi. Je prends 30 à 45 min par patient. Je ne fais aucun acte en dehors d'une consultation. J'ai arrêté complètement les gardes depuis 5 ans, Je suis homéopathe. En revanche j'ai fait une croix sur mes revenus. Mais ils ont dégringolé cette année. C'est pourquoi j'ai décidé cette année de sortir de la convention qui nous martyrise de plus en plus malgré la distance que l'on peut prendre. C'est une vraie bouffée d'oxygène. Je donne des cours en homéopathie et je m'investis dans ma CPTS. Merci pour votre thèse ! »

« En 4 ans de post internat, j'ai vu la médecine se dégrader fortement. Départ important à la retraite des médecins, augmentation de la population, abandon de la médecine par les jeunes médecins, médecins qui n'ont pas envie de s'installer (comme moi). Il y a une surcharge de travail, un débordement des horaires de travail dans notre vie quotidienne, il faut faire de l'abattage de patients pour avoir un salaire décent. Consultation à 25 euros depuis des années alors que le coût de la vie, les charges ont augmenté drastiquement !! J'hésite soit à me déconventionner, soit à pratiquer un dépassement (mais pas facile dans les zones rurales de faire accepter ça). En ce moment je fais une formation de psychothérapeute car ça m'a toujours passionné et ça permet de prendre le temps avec le patient et je me suis formée en lasers dermatologiques (traitement des varicosités, cicatrices, acné, détatouage...). J'aime varier mon activité, avoir plusieurs cordes à mon arc et décider plus tard de mon mode d'exercice. J'aime beaucoup la médecine générale mais pas dans ces conditions d'exercice. Donc tant que ça ne change pas je ne m'installerai pas en médecine générale pure. Voilà ma vision actuelle des choses ! ;) »

« Que je puisse continuer à payer mes secrétaires sans devoir travailler encore plus. Avoir un meilleur maillage de spécialistes d'organes dans une région largement sous dotée. Avoir une vraie reconnaissance de nos instances gouvernementales. Savoir si nos instances nous emmènent vers la disparition de la médecine générale ? »

« Changer de travail. Ce que je suis en train de faire : j'ai quitté mon cabinet au sein d'une MSP. Je redeviens médecin remplaçante pour quelques temps, je suis inscrite à un DIU de médecine thermale. Cela va me permettre de prendre du recul et d'envisager un exercice beaucoup plus zen, en continuant le relationnel avec les patients mais en supprimant cette charge administrative dystopique, ces injonctions contradictoires. J'espère pouvoir retrouver de la liberté : liberté d'écouter, de soigner, de faire de la prévention, de l'éducation thérapeutique. Le bateau coule, nous ne sommes pas obligés de couler avec. J'aime mon métier mais je n'aime pas ce qu'on

me demande de faire. Pour répondre à la question : J'ai un rêve : que les ARS avec leur organisation tentaculaire soient supprimés ! Finis les mille feuilles d'administratifs incompetents et maltraitants ! Ils amènent le système de santé à la faillite, avec la complicité de l'État. Que les CPTS explosent au passage, amenant avec elles tous leurs acronymes inutiles et parasites. Et que la CPAM... bon j'arrête là, ça devient délirant, ce n'était qu'un rêve... Vous aurez compris mon point de vue : l'hyper administration pourrit le système de soin comme le ver dans la pomme. Bon courage pour votre travail !!! En espérant que les réponses ne seront pas être trop déprimantes, mais à mon avis si... Cela montre que le sujet est d'actualité ;-))) Au plaisir de vous lire ! »

« Arrêter le libéral, j'y songe tous les jours, surtout depuis que nous sommes maltraités par l'état. Pour tout dire, j'attends la retraite, mais envisage de me reconvertir pour les années restantes dans une activité salariée de téléconsultation sans intérêt ni utilité, mais avec des conditions de travail correctes et non stressantes. »

« Le temps pour les patients, je le prends et tant pis pour mon temps personnel. Mais notre image a été tellement dévalorisée par les différents gouvernements (nous faisons des arrêts de complaisance, nous ne savons pas prescrire, nous ne connaissons pas le coût des choses...), les gens pensent mieux savoir que nous avec les sites médicaux, ils demandent toujours plus de papiers inutiles, les études de médecine lamentent et dégoutent (PASS pas mieux que PACES). Il faudrait des reportages ou des campagnes positifs sur notre métier, mettre en avant notre utilité et non nos demandes de revalorisation Et il faut arrêter de nous rendre responsables des déserts médicaux. Le numerus clausus ce n'est pas nous et on ne peut pas demander à un médecin de s'installer dans un endroit où il n'y ni école pour ses enfants, ni service public ni alimentation et surtout pas de travail pour son conjoint sinon à des kilomètres ! »

SERMENT MEDICAL

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 leurs 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 sont 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.