



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Perrine LECOMTE

Née le 08 décembre 1988 à Saint-Jean-de-Braye (45)

La maîtrise de stage d'internes : un moyen pour le médecin généraliste de réfléchir à l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée

Présentée et soutenue publiquement le 28 novembre 2017 devant un jury composé de :

Président du jury :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine – Tours

Membres :

Professeur Laurent BRUNEREAU, Radiologie et Imagerie Médicale, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de médecine – Tours

Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Directrice de thèse : Docteur Alice PERRAIN, Médecine Générale – La Croix-en-Touraine

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
PR. PIERRE COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
PR. ELIE SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANT – C. COUET -- J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE -- A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie Cellulaire
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile

LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-Obstétrique
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-Vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien
 Soins palliatifs |

POTIER Alain
 Médecine Générale |

ROBERT Jean.....
 Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUEJ Julien	Chirurgie Orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD- LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DESOUBEAX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine Légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS - UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA - UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930

LE PAPE Alain..... Directeur de Recherche CNRS - UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric..... Directeur de Recherche INSERM - UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 966
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1100
RAOUL William..... Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM-UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM - UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Titre : La maîtrise de stage d'internes : un moyen pour le médecin généraliste de réfléchir à l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée

Introduction : Les médecins généralistes ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leur équilibre personnel pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (WONCA). Dans la formation des internes en médecine générale, cette notion correspond à la compétence professionnalisme. Le stage de niveau 1 permet aux internes de se projeter dans le quotidien d'un aîné. MSU et interne vont apprendre l'un de l'autre, échanger leurs pratiques pour un enrichissement mutuel, qui concerne aussi l'équilibre de vie. L'objectif principal de ce travail était d'explorer le ressenti des MSU sur ce que la maîtrise de stage avait apporté dans leur réflexion sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 12 MSU exerçant en Indre-et-Loire.

Résultats : La maîtrise de stage permettait une réflexion partagée entre MSU et interne autour de l'équilibre de vie. L'interne posait des questions et faisait des remarques sur les modalités d'exercice, entraînant une prise de recul et une remise en question pour le MSU. Le contact avec l'interne permettait une modification de la pratique, un apaisement, une stimulation, une mise à jour des connaissances, et une mise en confiance du MSU.

Discussion : L'équilibre de vie est abordé à travers la compétence professionnalisme. Le MSU apparaît comme un modèle de rôle. Nos résultats sont comparables à ceux de J. CROCHET, qui s'intéresse à la même problématique chez les internes.

Conclusion : Le stage de niveau 1 est l'occasion pour le MSU de réfléchir avec l'interne sur la notion d'équilibre de vie. Le partage de cette réflexion entraîne chez le MSU une remise en question, qui est un premier pas pour un équilibre de vie satisfaisant. D'autres pistes restent encore à explorer pour permettre aux professionnels de santé un épanouissement professionnel autant que personnel.

Mots-clés : équilibre de vie, maîtrise de stage, professionnalisme, médecine générale, vie professionnelle, vie personnelle, modèle de rôle

ABSTRACT

Title: Managing interns: a good way for the general practitioners to question their work-life balance.

Introduction: General practitioners have a responsibility in maintaining and developing their personal balance to ensure efficiency and security in patient care (WONCA). During the training of general practitioners interns, this notion is related to the competence of professionalism. The level 1 of internship allows interns to comprehend the responsibility of a senior practitioner in its day to day activity. Seniors and intern will learn from each other, exchange practices for a mutual benefit including also work-life balance aspects. The main objective of this work is to get feedbacks from seniors on how they were impacted by their role and how the contact with interns had impact on their approach to their work-life balance.

Methods: Qualitative study through half-directive interviews with 12 seniors in charge of interns from Indre-et-Loire.

Results: Being in charge of interns helped to develop a reflection shared between senior and intern about work-life balance. The intern asking questions and making remarks on daily practice led the MSU to step back and analyze. The contact with the intern conducted to practice modification, peace of mind, stimulation, update of knowledge and a better self-confidence for the seniors.

Discussion: Work-life balance is seen through the professionalism competence. The senior appears as a role model. Our results are comparable to those of J. CROCHET who treated the aspect of the subject from the intern point of view.

Conclusion: The level 1 of internship allows the senior to share a reflection with the intern about the notion of work-life balance. This shared thinking leads the seniors to question themselves, a first step in the way to a satisfactory balance between work and private life. Other options remain to be explored to allow health professionals to find their fulfilment in work-life balance.

Keywords: work-life balance, intern management, professionalism, general practice, professional life, personal life, role model

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Doyen, Professeur Diot, merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de présider ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez aux étudiants. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Brunereau, merci d'avoir accepté de participer à ce jury. Soyez assuré de ma grande considération.

A Monsieur le Professeur Colombat, merci de me faire l'honneur de juger ce travail et de l'intérêt que vous y accordez. Soyez assuré de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Perrotin, merci d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Alice Perrain, merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Cela a pris un peu plus de temps que prévu, mais je crois que nous y sommes arrivées ! Merci pour tes conseils, ton soutien et ton accompagnement tout au long de ce tumultueux parcours !

A mes parents, pour leur soutien à ces longues et difficiles études. A mon père pour sa relecture attentive, à ma mère pour ses commentaires avisés.

A mon grand frère Sylvain, pour son soutien notamment en anglais, à Marina pour sa gentillesse.

A ma grande sœur Héloïse, pour nos bavardages téléphoniques, et à Sokol pour sa patience légendaire. A mes adorables neveux Ismaël et Adrien, pour mes débuts en pédiatrie ...

A ma grand-mère, qui me regarde de là-haut.

Aux meilleures, depuis tant d'années : Lucile, Elise et Julia, pour la bouffée d'oxygène que vous m'apportez, votre soutien sans faille, votre humour et nos fous rires. Pour Saint-Brévin, le champagne du 31, le Loiret, l'huile dans les cheveux, l'avion, et les apéros engloutis trop vite.

A tous mes amis de médecine : Capucine pour ta gentillesse, ta générosité, les vacances au soleil avec Brulodie, Maxime, Pacuche, Emilie, Anne-Laure, Carole ; David car tu es Davidou, Manon car tu es Manouille, ... et aux autres, pour tout le chemin parcouru ensemble.

Aux Montargoises : Charline, Vanessa (ça valait le coup de se forcer!) et vos jolies bébés.

A Popo (et Simon !), pour mes prochaines vacances en Gwada, j'ai bien pris note.

A Morgane et aux Chamois pour notre passion partagée depuis tant d'années.

A la Team de la SSG : Céline, Ophélie, Fanny ... de belles rencontres et de joyeux moments en perspectives !

A mes adorables collègues remplaçantes : Valérie, Hanna, Vanessa (encore !)... pour nos déjeuners dans la mini cuisine de Ch'teau R'nault ...

A tous les médecins que j'ai pu croiser sur ma route, qui m'ont inspirée et donné envie de poursuivre le chemin : Dr Nelly Hernandez, Dr Odile Ratrimoson, Dr Elisabeth Guesdon, Dr Eric Blervaque, Dr Jean Robert, ... Et à ceux qui me font maintenant confiance pour les remplacer, merci.

A ma co-thésarde Julie, pour tout notre travail ! Ce fût long, difficile, le plus souvent dans la bonne humeur, parfois dans la panique et dans le stress, mais on a finalement réussi ! Laissons maintenant place à l'amitié, aux p'tits cafés et aux restos, sans parler de thèse !

TABLE DES MATIERES

Liste des professeurs	- 2 -
Serment d'Hippocrate	- 7 -
Résumé	- 8 -
Remerciements	- 10 -
Liste des abréviations	- 15 -
Introduction	- 16 -
Matériel et Méthodes	- 19 -
Résultats	- 21 -
I. Rôle de la maîtrise de stage de niveau 1 dans la réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée	- 25 -
I.A. La présence de l'interne permet une prise de recul sur la pratique.....	- 25 -
I.B. La présence de l'interne modifie la pratique médicale	- 26 -
I.B.1. Des modifications sources d'inquiétudes	- 26 -
I.B.2. Modifications de la journée de travail	- 27 -
I.B.3. Changement de la relation médecin patient	- 27 -
I.C. Réflexion sur l'équilibre de vie avec l'interne	- 28 -
I.C.1. Aborder la vie privée	- 28 -
I.C.2. Pourquoi réfléchir ensemble à l'équilibre de vie ?	- 28 -
I.C.3. Comment le MSU aborde l'équilibre de vie avec l'interne ?	- 30 -
I.C.4. Quels sont les freins pour aborder l'équilibre de vie ?	- 32 -
I.D. Effets de l'interne sur le MSU	- 34 -
II. L'exemple du modèle de rôle dans la réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée	- 36 -
II.A. Rôles du MSU	- 36 -
II.A.1. Influencer les internes.....	- 36 -
II.A.2. Le rôle d'exemple	- 37 -
II.A.3. Valorisation du rôle	- 37 -
II.B. L'équilibre vie professionnelle/vie privée : un apprentissage implicite	- 38 -
II.B.1. L'Effet miroir : l'exemple	- 38 -
II.B.2. Le contre exemple.....	- 39 -
II.B.3. Des échanges informels	- 39 -
II.C. L'équilibre vie professionnelle/vie privée : un apprentissage explicite.....	- 40 -
II.C.1. Conseiller	- 40 -
II.C.2. Apprendre	- 41 -
II.C.3. Des difficultés liées à la formation initiale hospitalière	- 42 -

II.C.4. Protéger.....	- 43 -
II.C.5. Anticiper.....	- 43 -
II.C.6. Rassurer.....	- 44 -
III. L'équilibre vie professionnelle/vie privée des MSU	- 45 -
III.A. Représentations	- 45 -
III.B. Un déséquilibre source de souffrance	- 46 -
III.C. Les indispensables de l'équilibre vie privée/vie professionnelle :.....	- 47 -
III.C.1. Séparer la vie privée de la vie professionnelle.....	- 47 -
III.C.2. Faire des compromis	- 48 -
III.C.3. Gérer les patients	- 49 -
III.C.4. S'adapter, changer sa pratique	- 49 -
III.C.5. Savoir se remettre en question.....	- 50 -
III.C.6. Etre à l'écoute	- 50 -
III.C.7. Lutter contre le Burn-Out.....	- 51 -
III.C.8. Se former	- 51 -
III.C.9. Intégrer la vie universitaire	- 52 -
III.D. Trouver un équilibre.....	- 52 -
III.E. Un équilibre variable	- 53 -
III.E.1. Un équilibre constamment remis en question	- 53 -
III.E.2. Des variabilités individuelles	- 53 -
III.E.3. Des variabilités familiales	- 53 -
III.E.4. Des variabilités professionnelles.....	- 55 -
IV. La vie personnelle et familiale	- 58 -
IV.A. Se préserver du temps libre : loisirs, famille.....	- 58 -
IV.A.1. Les représentations, dans l'idéal.....	- 58 -
IV.A.2. En pratique, pour ceux qui y arrivent	- 59 -
IV.B. Le budget familial pèse sur la vie professionnelle	- 59 -
V. La vie professionnelle	- 60 -
V.A. Le temps de travail	- 60 -
V.B. Une volonté partagée de bien faire son travail	- 61 -
V.C. Avoir du temps pour continuer à se former	- 61 -
V.D. L'organisation du cabinet	- 61 -
V.E. Les patients	- 62 -
VI. La profession de médecin généraliste	- 63 -
VI.A. Une profession Libérale	- 63 -
VI.B. Avec des contraintes	- 63 -
VI.C. Sujette au Burn-Out	- 64 -
VI.D. Une profession « à part »	- 64 -
VI.E. Une profession qui évolue	- 64 -

Discussion	- 65 -
Conclusion	- 74 -
Références	- 76 -
Annexe 1	- 83 -
Annexe 2	- 84 -
Annexe 3	- 85 -
Annexe 4	- 86 -
Annexe 5	- 87-

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux

APSS : Association Pour les Soins aux Soignants

ARS : Agence Régionale de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DPC : Développement Professionnel continu

ISNAR IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MG : Médecin Généraliste

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

MSU : Maître de Stage Universitaire

N1 : Niveau 1

RC : Référentiel de Compétences

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

INTRODUCTION

Les différents messages d'alerte lancés ces dernières années sur la santé des médecins amènent à réfléchir de plus en plus sur le mode d'exercice de la médecine générale (1–3). Les difficultés d'adaptation aux nouvelles exigences et contraintes du métier de médecin généraliste seraient en partie responsables d'un épuisement psychique et physique retrouvé de plus en plus chez nos confrères (4–7) : la santé des médecins se retrouve au cœur des débats.

Ainsi, de nombreux travaux de thèses se sont intéressés à l'état de santé des médecins généralistes (8–13), leurs comportements de santé (14,15), la position difficile de médecin-malade (16), le burn-out (5,7,17) et les attentes concernant leur prise en charge (18–20). Ces études s'accordent sur plusieurs points : les médecins ne consultent pas, ou très peu, n'ont pas de médecin traitant dans la majorité des cas, et ont un large recours à l'auto prescription (1,21–23). Les médecins ont une hygiène de vie semblable à la population générale de même niveau social, les résultats sont comparables en termes de prévention et de dépistage. Pourtant la moitié des médecins estiment être moins bien soignés que leurs patients (13). Les différentes études menées font état d'une prédominance de pathologies psychiatriques (fatigue, stress, surmenage, troubles du sommeil, dépression, burn out...) et de pathologies addictives reflétant un réel état de souffrance de certains praticiens (1,13).

Concernant la santé de leurs jeunes confrères, une enquête publiée par le CNOM en juin 2016 (24) et réalisée chez 8000 étudiants et jeunes médecins a révélé un malaise tout aussi important que chez leurs aînés : un quart de l'effectif considérait son état de santé comme moyen ou mauvais notamment en termes d'épuisement émotionnel.

Plusieurs solutions ont été proposées pour améliorer la prise en charge des médecins généralistes : la création de structures dédiées (25), des associations de soutien (26,27), des formations spécifiques au soin des soignants (28)... Mais le paradoxe persiste : si les médecins sont demandeurs de la création de telles structures (20), ils sont finalement peu à

les utiliser quand elles sont mises en place (18). Les raisons invoquées sont multiples : peur de la perte financière, peur du non respect du secret médical, manque de temps ... (20,22).

Les conditions de travail des médecins généralistes sont contraignantes : durée de travail en moyenne supérieure à 50h par semaine, lourdes tâches administratives (4,29) ... Il est parfois difficile de concilier vie professionnelle et vie privée. Les attentes de la jeune génération de médecins vis-à-vis du mode d'exercice diffèrent de celles de leurs aînés. Une grande partie des jeunes médecins thésés s'orientent de plus en plus vers les remplacements, vers le salariat ou vers une sur-spécialisation (30). Les freins à l'installation les plus souvent exprimés sont les charges administratives, financières ainsi qu'un temps de travail empiétant de manière trop importante sur le temps libre et sur la qualité de vie (30). Quand ils s'installent en libéral, les médecins généralistes recherchent majoritairement une activité en cabinet de groupe, permettant de rompre l'isolement, de pouvoir adapter leurs plages horaires et réserver du temps à leurs loisirs (31,32). L'évolution tendrait donc vers la recherche d'une balance plus équilibrée entre la vie privée et la vie professionnelle. Ces changements pourraient être un facteur protecteur sur la perception du travail et sur la santé.

La WONCA rappelle dans sa définition de la médecine générale que les médecins généralistes « ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de (...) leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » (33). Cette notion est définie par la compétence « professionnalisme » dans le référentiel « métier et compétences » de 2009 (34), utilisé comme support d'apprentissage pendant l'internat de médecine générale. L'interne doit en effet apprendre à organiser son outil et son temps de travail et à gérer son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle (35). La maquette de stage de DES de médecine générale comprend six mois de stage ambulatoire, dit de « Niveau 1 ». Ce stage permet à l'interne d'acquérir des compétences chez un ou plusieurs MSU (maître de stage universitaire), le plus souvent des médecins libéraux installés, lieu idéal pour acquérir la compétence professionnalisme. Le stage de niveau 1 est une mise en situation « en permettant aux futurs médecins de se projeter dans le quotidien d'un aîné, ayant comme eux ses exigences professionnelles, personnelles et familiales » (36). En observant le MSU au quotidien dans la gestion de

l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle, en discutant avec lui, en comparant les différents MSU, l'interne va réfléchir à son futur mode d'exercice, au « type de médecin qu'il veut (et peut) être ou ne pas être » (37–39). Le MSU devient ainsi un « modèle de rôle », défini par Chamberland et Hivon comme « un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des étudiants avec qui il est en contact » (40). Cette relation complexe entre MSU et interne, allant du compagnonnage au partenariat (41) permet au maître de stage de remettre en question son propre exercice. De plus, le MSU bénéficie de la présence de l'interne : sa pratique professionnelle s'améliore, il est moins exposé au stress et au burn-out (42) et il accède plus facilement aux formations (43). Ses conditions de travail semblent meilleures (44).

MSU et interne vont donc apprendre l'un de l'autre, échanger leurs pratiques pour un enrichissement mutuel, qui concerne aussi l'équilibre de vie.

Quel est le ressenti des MSU sur ce que la maîtrise de stage a apporté dans leur réflexion sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle ?

Notre travail sera comparé à celui réalisé en parallèle par J. CROCHET (45), qui s'intéresse à la même problématique que la nôtre mais chez les internes : comment le stage de niveau 1 permet-il à l'interne de réfléchir sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée ?

MATERIEL ET METHODE :

Le choix d'une étude qualitative a été fait afin d'explorer le ressenti des MSU sur ce que la maîtrise de stage a apporté dans leur réflexion sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Le choix s'est porté sur des entretiens semi-dirigés individuels pour permettre une libre expression des MSU.

1) Population :

Les critères d'inclusion étaient :

- être médecin généraliste libéral installé en région Centre
- être maître de stage de niveau 1 et avoir reçu déjà au moins un interne.

Il fallait remplir les 2 conditions.

Les critères d'exclusion étaient :

- les médecins non maîtres de stage de niveau 1
- les MSU n'ayant jamais reçu d'interne en niveau 1
- les MSU d'autres spécialités que la médecine générale

2) Mode de sélection :

Les MSU ont été recrutés d'après la liste des MSU fournie par le DUMG de Tours. Ils ont été contactés par téléphone ou par mail.

3) Recueil et retranscription des données :

Le recueil des données a été réalisé par entretien individuel semi-structuré. La trame de cet entretien (annexe 1) a été rédigée en fonction des thèmes que nous souhaitions aborder et à partir des données issues de la littérature. Un total de 5 questions ouvertes maximum était décidé au départ afin de privilégier le développement des réponses et laisser du temps à la réflexion pour la personne interrogée. La discussion avec l'interviewé débutait par une présentation de l'enquêteur et du sujet de l'enquête, une explication du mode d'enregistrement avec assurance de la confidentialité des données.

Les entretiens ont été retranscrits intégralement sur Microsoft Word.

A la suite du quatrième entretien, la troisième question a été modifiée car sa tournure était maladroite. Une question supplémentaire a été ajoutée concernant la notion de variabilité de l'équilibre de vie (Annexe 2).

A la suite du huitième entretien la question 4 a été légèrement modifiée dans sa forme (Annexe 3).

A la suite du dixième entretien la question 6 a également été modifiée, le verbe « influencer » étant trop orienté (Annexe 4).

4) Questionnaire à usage complémentaire :

Un questionnaire était remis à la fin de l'entretien afin de recueillir des informations supplémentaires concernant les données sociodémographiques (Annexe 5).

5) Analyse des entretiens :

L'analyse des entretiens a été réalisée parallèlement au recueil des données.

Nous avons suivi le principe de la théorisation ancrée afin de conceptualiser les données issues des entretiens : codification, catégorisation, mise en relation, intégration, modélisation et théorisation (46).

La théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressives et valides de données empiriques qualitatives » (Paillé, 1996). Cette méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies lors des entretiens et un processus de théorisation.

La suffisance des données a été atteinte au 12^{ème} entretien.

RESULTATS

L'échantillon

- Recueil des données

Nous avons réalisé 12 entretiens, du 4 avril au 6 juillet 2017. La durée des entretiens variait de 12 à 50 minutes, avec une moyenne de 24 minutes.

9 entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins, 2 ont été réalisés chez l'enquêtrice et 1 a été réalisé à la faculté.

Les entretiens réalisés au cabinet des médecins l'ont été lors de la pause déjeuner ou le soir après les consultations, ceux chez l'enquêtrice et à la faculté sur rendez-vous fixé l'après-midi.

- Caractéristiques de la population

Les médecins interrogés étaient âgés de 35 à 61 ans, avec une moyenne de 44,75 ans.

6 hommes et 6 femmes ont été interrogés.

Ils étaient MSU depuis 1 à 16 ans avec une moyenne de 5,66 ans et avaient reçu de 2 à 20 internes, avec une moyenne de 7.

N°	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Mode exercice	Temps de Travail (h/sem)	MSU Depuis (années)	Nombre internes N1 reçus	Situation familiale	Activité physique	Sorties : Cinéma, concert...	Sorties : resto, bar...	Loisirs famille/ amis
1	H	43	semi rural	groupe	> 50	10	6	couple + enfants	2/sem	<1/sem	1/sem	2/sem
2	H	48	semi rural	groupe	> 50	6	6	couple + enfants	3/sem	1/sem	5/sem	1/sem
3	F	55	rural	groupe	< 50	7	10	couple + enfants	2/sem	<1/sem	1/sem	1/sem
4	F	38	semi rural	groupe	< 50	5	9	couple + enfants	4/sem	<1/sem	<1/sem	2-3/sem
5	H	61	rural	seul	> 50	1	2	couple + enfants	2/sem	0/sem	<1/sem	1/sem
6	H	39	semi rural	groupe	< 50	4	7	seul + enfants	2/sem	< 1/ mois	1/sem	1-2/sem
7	F	51	urbain	groupe	< 50	5	6	couple + enfants	3/sem	3/sem	1/sem	1/sem
8	F	40	rural	groupe	< 50	3	5	couple + enfants	2/sem	1/mois	1/mois	1/sem
9	F	35	urbain	groupe	< 50	3	5	couple + enfants	2/sem	1/mois	2/mois	1/sem
10	H	57	rural	seul	> 50	16	20	couple + enfants	1/sem	0,5/sem	1/sem	2/sem
11	H	35	semi rural	groupe	< 50	2	3	seul sans enfants	0	0	0	2/sem
12	F	35	urbain	groupe	> 50	6	4	couple sans enfants	4	1/mois	2/mois	1-2/sem

Tableau 1 - Caractéristiques de la population

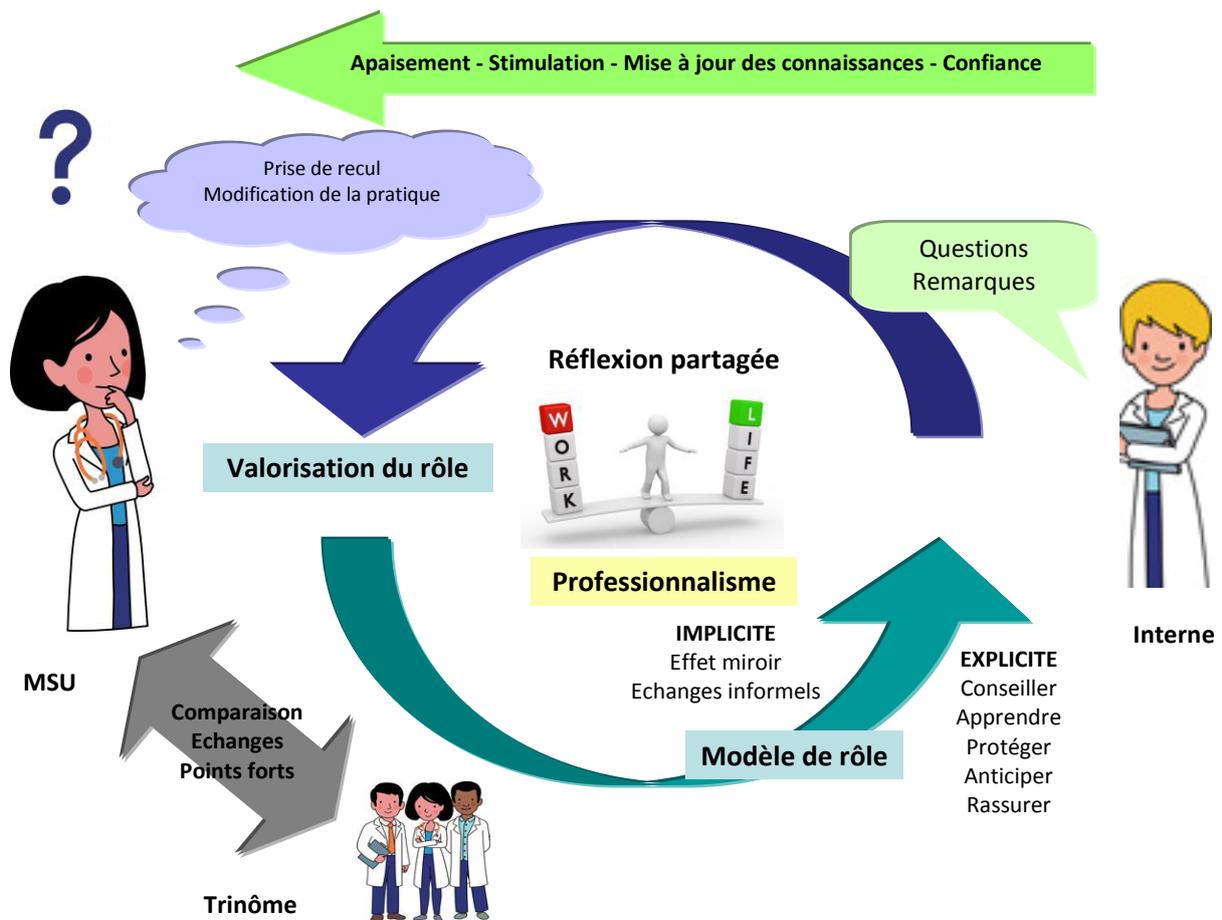


Schéma 1 – Résultats

La maîtrise de stage permettait au MSU de réfléchir à son équilibre de vie et de partager cette réflexion avec l'interne.

La maîtrise de stage était d'abord l'occasion pour le MSU d'une **remise en question** via une **prise de recul** : sur son exercice (I.A.1) et sur l'organisation du cabinet (I.A.2). Au contact de l'interne, le MSU **modifiait sa pratique** (I.B). De plus, la présence de l'interne modifiait la relation médecin patient (I.B.3). Elle apportait un apaisement, mais aussi une stimulation, une mise à jour des connaissances, et une mise en confiance du MSU (I.D). La relation MSU-interne et le fonctionnement en trinôme apportaient un enrichissement mutuel (I.D).

La réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée se faisait principalement par le biais de l'interne qui **posait des questions** sur l'équilibre : temps de travail, organisation du cabinet, gestion de la vie de famille et **faisait des remarques** sur les modalités d'exercice (I.C.2).

Ces questionnements entraînaient une **réflexion partagée** entre MSU et interne sur l'équilibre de vie. Interne et MSU échangeaient sur leur vie privée (I.C.1). Le MSU abordait l'équilibre de vie, par le biais de la **compétence professionnalisme** (I.C.2), en **sollicitant directement** l'interne (temps de travail, importance de préserver cet équilibre) (I.C.3).

Le MSU apparaissait finalement comme un **modèle de rôle** : il représentait pour l'interne un **rôle d'exemple** (II.A.2), source d'influence (II.A.1), dont l'interne allait s'inspirer pour son exercice futur. Le MSU était conscient de ce rôle d'exemple et de son importance, ce qui participait à la **valorisation** du rôle (II.A.3).

La réflexion sur l'équilibre de vie se faisait donc par un apprentissage **implicite** : l'effet miroir par l'exemple (II.B.1), le contre exemple (II.B.2), essentiellement lors d'échanges informels (II.B.3). La réflexion se faisait aussi sous forme d'un apprentissage **explicite** où le MSU allait conseiller l'interne (II.C.1) (organiser le temps de travail, déculpabiliser, se former), lui apprendre (II.C.2) (à gérer le temps, gérer les conflits, savoir dire non, gérer les motifs de consultation), le protéger (II.C.4) (risque de burn-out), anticiper l'avenir (II.C.5) (faire un SASPAS, remplacer), et enfin le rassurer sur sa profession future (II.C.6).

Analyse des résultats

I. Rôle de la maîtrise de stage de niveau 1 dans la réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée

I.A. La présence de l'interne permet une prise de recul sur la pratique

I.A.1. Prise de recul sur son propre exercice

La présence de l'interne permettait au MSU d'avoir un **regard extérieur sur sa pratique**.

E3 : On se pose des questions, on a comme un regard extérieur sur sa propre pratique.

E7 : Et puis ça donne un œil extérieur qui, sans juger effectivement, fait prendre conscience de choses dont on a pas forcément conscience dans notre routine.

Ce regard extérieur permettait au MSU de **prendre du recul** sur sa pratique.

E4 : ça permet de l'expliquer déjà, et donc du coup ça permet de prendre du recul sur ce qu'on fait, tout simplement le fait de l'exposer.

E4 : le fait de l'expliquer ça me permet d'avoir du recul sur ce que je fais, et du coup leurs questions me font parfois réfléchir.

L'interne permettait au MSU de **se remettre en question**.

E5 : C'est ce que je dis des fois aux internes...tu peux pas le faire, mais je me regarde et je me dis tu fais la même chose quoi

E7 : ça fait prendre conscience effectivement de la façon dont on fait les choses, de les modifier, et si on modifie effectivement ça joue quelque part sur la vie privée derrière.

L'interne permettait aussi au MSU de **réfléchir sur sa qualité de vie**.

E11 : Au niveau vie professionnelle, oui, ça peut faire réfléchir un peu, voilà, sur le temps passé en consultation, et sur des questions de qualité de vie...

I.A.2. Prise de recul sur l'organisation du cabinet

L'interne pouvait suggérer au MSU de modifier l'organisation du cabinet, par exemple avec un **secrétariat à distance**.

E2 : c'était intéressant de discuter là-dessus [le secrétariat téléphonique], d'avoir un point de vue différent auquel on n'avait pas obligatoirement réfléchi.

E2 : où il m'a fait réfléchir aussi c'est qu'il m'a parlé des possibilités de prendre des RDV par internet

Interne et MSU pouvaient également **réfléchir sur les outils numériques** pour optimiser le fonctionnement du cabinet.

E2 : Alors je sais pas si c'est bien ou pas bien, j'ai réfléchi à ça, (...) est-ce que j'y gagnerais en qualité professionnelle si les gens pouvaient prendre RDV par internet ?

E6 : Alors je me fais des rappels, (...) maintenant je fais comme ça, et c'est S. qui m'a appris ce truc là, mon interne. Donc les internes vous servent beaucoup !

L'interne permettait au MSU de reconsidérer ses **horaires de travail**.

E7 : ça a permis de (...) réfléchir (...) aux horaires de travail, parce que les internes que j'ai reçus ils veulent pas forcément travailler comme je travaille moi

I.B. La présence de l'interne modifie la pratique médicale

I.B.1. Des modifications sources d'inquiétudes

Le MSU était inquiet que **l'interne lui prenne du temps**.

E5 : j'étais très inquiet au début, en me disant ça va me prendre un temps fou, je vais rentrer encore une heure plus tard que d'habitude, en fait pas du tout

I.B.2. Modifications de la journée de travail

En présence de l'interne, la **journée était plus dense**.

E1 : c'est aussi plus dense intellectuellement enfin en tout cas plus fatigant qu'une journée de travail classique.

E2 : tu vois bien que ça change un p'tit peu le déroulé de la journée(...) je dis pas que tu perds plus de temps mais tu prends plus de temps.

En présence de l'interne, les **consultations étaient plus longues**.

E8 : ça prend un peu plus de temps. C'est vrai que quand vous avez l'interne bon vous avez souvent un peu plus de retard.

E10 : Je peux modifier mon planning, pour avoir des plages un peu plus longues pour certains patients, pour que voilà il puisse s'amuser à apprendre lui aussi.

La présence de l'interne entraînait **moins de consultations** mais cela était **compensé par une indemnité**.

E12 : j'ai juste moins de consults, mais (...) c'est contrebalancé par le fait qu'il y ait une indemnité de maîtrise de stage, donc pour moi c'est complètement indolore

La présence de l'interne permettait parfois au **MSU de souffler**.

E5 : Et quand on est fatigué le soir, c'est bien qu'on ait quelqu'un qui nous... je leur laisse la main de temps en temps, (...). Donc j'observe, (...), je me calme, ça m'apaise.

E11 : le fait effectivement de parfois être un peu plus en mode OFF en consultation quand on fait de la supervision, (...) Ça diminue la charge cognitive.

I.B.3. Changement de la relation médecin patient

Certains patients étaient **adoucés** par la présence de l'interne.

E5 : je vois que des patients se comportent complètement différemment (...) Ça les adoucirait plutôt. Il y a des gens très pénibles qui sont devenus aimables

E5 : ça temporise le débat, (...) ça monte moins au créneau, facilement, (...) on a tendance à être plus calme. Donc ça apaise la relation médecin patient

Certains patients **se confiaient plus facilement à l'interne.**

E5 : Ça marche très bien avec certains patients, et ils en arrivent à dire des choses, alors que je les connais depuis 10 ans, qu'ils ne m'ont jamais dites.

La présence de l'interne permettait une **sélection naturelle** des patients.

E12 : ça fait un tri naturel, c'est-à-dire que les patients qui ne supportent pas d'avoir un interne, quelque part ça ne me dérange pas du tout qu'ils changent de médecin

I.C. Réflexion sur l'équilibre de vie avec l'interne

I.C.1. Aborder la vie privée

Le MSU parlait de sa **vie privée** avec l'interne.

E6 : je leur parle assez facilement de ce que je suis, d'au moins ma structure familiale.

E8 : si ils me posent la question je leur réponds

L'interne pouvait partager des éléments de **sa vie privée** avec son MSU.

E6 : souvent ils me disent si ils sont célibataires, ou si ils ont un copain, une copine, si ils sont installés ensemble, pas ensemble, ...

E8 : on aborde pas toujours la vie privée avec les internes, hein, y en a avec qui on en discute très naturellement, et puis d'autres on ose pas trop demander, y a quelqu'un ?

I.C.2. Pourquoi réfléchir ensemble à l'équilibre de vie ?

Le fait d'avoir un bon équilibre de vie **faisait partie de la compétence professionnalisme.**

E4 : c'est ça aussi le professionnalisme, c'est d'arriver le matin, au cabinet en étant bien, et de savoir gérer ça et de l'anticiper, et ça c'est euh, à mon sens une vraie compétence, et je leur dis à tous et avec insistance

E6 : le professionnalisme ça passe aussi par (...) être aimable, plutôt souriant si possible, en tout cas essayer de pas ramener ses problèmes personnels dans la sphère de la consultation

Les internes se posaient des questions **sur l'équilibre de vie.**

E2 : Si il y a des questionnements, j'essaye de lui apporter des éléments de réponse, en lui disant qu'il y a pas de truc idéal quoi, c'est lui qui va trouver un peu son équilibre

E8 : je repense à une interne qu'on a eue, et en fait elle se posait la question elle, à comment elle allait pouvoir justement s'organiser

Les internes se posaient des questions **sur le temps de travail.**

E5 : elle prenait conscience quand même que il y avait des journées à rallonge, et que ça se passait pas toujours comme prévu, et que ça pouvait impacter la vie familiale.

E9 : en général par des questions des internes, voilà qui nous demandent assez rapidement voilà combien de temps on travaille

Les internes se posaient des questions **sur la gestion du cabinet.**

E5 : c'était surtout je pense du côté de l'interne, qu'il y avait une réflexion, et que d'un seul coup ça leur paraissait pas si simple que ça la gestion d'un cabinet médical.

E12 : y a toujours des questions donc dans le professionnalisme la manière de gérer l'entreprise libérale, la manière de gérer son temps (..)

Les internes se posaient des questions sur **la gestion de la vie de famille**

E7 : c'est plutôt eux qui en parlent (...) comment j'ai géré mes enfants quand ils étaient petits, etc...

Le MSU réagissait **aux remarques** des internes sur les modalités d'exercice.

E1 : Ils disaient effectivement que c'était chargé, que les journées pouvaient être longues pour les deux

E7 : ils faisaient remarquer qu'il y avait une charge de travail importante

Certains MSU se demandaient si c'était **un questionnement essentiellement féminin.**

E4 : surtout les internes femmes, (...) ont quand même pas mal de questions, sur euh, sur ça : « Et comment tu fais ? », « Mais alors du coup avec ton fils ? »

E9 : alors j'ai la sensation alors je dirais ça plus des filles que des garçons, mais en fait j'ai eu un seul garçon alors c'est peut-être ça

I.C.3. Comment le MSU aborde l'équilibre de vie avec l'interne ?

La réflexion commune autour de l'équilibre de vie se faisait selon les **situations rencontrées** pendant le stage, selon la **relation interne-MSU**, selon le **projet professionnel/familial** de l'interne, et plutôt en **fin de stage**.

- Par une **sollicitation systématique** de la part du MSU

Le MSU conseillait l'interne sur **l'organisation du temps de travail**.

E2 : souvent je lui dis qu'il faut une journée de congés, ça c'est indispensable, pour régler tout ce que tu as à régler, faire tes formations

E12 : Donc c'est vrai que j'aborde aussi souvent le terme du rythme de travail

Le MSU conseillait l'interne sur **l'importance de l'équilibre**.

E3 : lors des échanges que j'ai avec mes internes, j'ai tendance aussi à en parler, du fait que c'est important d'équilibrer les deux

E6 : Après je les amène à réfléchir sur la gestion du temps, plutôt dans la partie, dans le milieu de stage et fin de stage, mais c'est compliqué.

Le MSU donnait **des recettes** à l'interne.

E4 : je leur donne, des recettes (...) en tout cas je leur explique ce qui chez moi fait que, que je me sens, enfin que je suis toujours contente de revenir travailler.

- Par un **partage** de la réflexion entre interne et MSU

E9 : ça n'a pas modifié ma réflexion parce que, ça fait juste que je l'ai peut être plus partagée, effectivement, je l'ai plus partagée ma réflexion

- Par des échanges **selon les situations rencontrées**

E4 : quand il a fallu être disponible pour un patient, avoir une écoute, ou ne pas être dans l'agressivité, (...), ça nécessite (...) de se ressourcer régulièrement.

E5 : je lui dis tu vois dans cette situation là, (...), on s'est bien agacé avec le patient, bah fffff, c'est comme ça, il veut pas le faire (...) Tu vas pas te miner la rate, voilà tu laisses couler quoi, tu laisses passer (...) à l'impossible on n'est pas tenu !

- Des échanges variables selon **la relation MSU/interne**

E12 : quand on commence un p'tit peu à connaître l'interne, et qu' on commence à parler d'autres choses justement, et qu'ils commencent à oser justement nous poser des questions sur notre vie à nous

- Des échanges qui dépendaient du **projet professionnel** de l'interne

E2 : oui c'est abordé, après t'as des internes de niveau 1 qui sont déjà, qui se projettent dans des choses professionnelles, donc ils vont te questionner

E7 : ils sont déjà dans leur réflexion d'installation souvent, enfin de projet d'installation, et ils sont déjà en réflexion, et en fait les questions qu'ils ont c'est vraiment pour asseoir leur réflexion

- Des échanges qui dépendaient **du projet familial** de l'interne

E9 : c'est souvent quand il y a une projection familiale aussi ou qu'il y a déjà une vie de famille.

- Parfois le **MSU était préoccupé** par l'équilibre de l'interne

E8 : cette interne je me dis mince c'est dommage que ... je me dis quel équilibre elle va trouver elle ?

E8 : ça m'avait frappé, l'interne disait « ben ouais si on veut des enfants », et je me suis dit la pauvre c'est pas, ça doit pas être évident de trouver un équilibre

- L'équilibre de vie était plutôt abordé en **fin de stage**.

E3 : En fin de stage assez fréquemment, pas systématiquement, mais le dernier mois de stage on aborde l'organisation du cabinet

I.C.4. Quels sont les freins pour aborder l'équilibre de vie ?

La réflexion sur l'équilibre de vie n'était pas toujours abordée, les freins retrouvés étaient : l'absence de sollicitation des deux côtés, le fait que cette question ne soit pas perçue comme prioritaire lors du stage de niveau 1 (par manque de temps, préoccupation par la thèse, trop de nouveautés à aborder dans le stage, pas de projection de la part de l'interne ...). Certains MSU pensaient que cette problématique relevait davantage du stage en SASPAS.

- Interne et MSU **n'abordaient pas** toujours l'équilibre de vie.

E1 : c'était pas un sujet de conversation en tout cas, l'équilibre vie privée, parce qu'on me l'a pas demandé et puis je l'ai pas proposé non plus.

E8 : c'est vrai qu'on n'en parle pas beaucoup de la gestion du temps, alors ils nous demandent pas non ... est-ce qu'ils nous posent la question ? Pas trop.

- L'équilibre de vie n'était **pas perçu comme une priorité en niveau 1.**

Le MSU **manquait de temps** pour aborder ce sujet.

E1 : en niveau 1 on est un peu toujours dans le feu de l'action, et c'est très axé sur la journée qui s'est passée,(...) on prend pas vraiment le temps (...) d'aborder ce sujet là

L'interne était **trop préoccupé par la thèse.**

E2 : c'est pas trop des trucs qui sont pour l'instant en niveau 1 au premier plan. Parce que souvent euh souvent y a pas toujours, y a la thèse qui vous préoccupe beaucoup

Il y avait **beaucoup de nouveautés** à aborder en N1.

E10 : les niveaux 1 c'est ce que je disais, ils arrivent ils savent pas ce que c'est la médecine générale. Donc déjà faut qu'ils se repèrent

Interne et MSU préféraient profiter des moments de détente pour **aborder d'autres sujets.**

E1 : le repas c'était plus un moment de détente et on parlait un peu d'autre chose si on pouvait.

L'équilibre de vie était une **notion personnelle et interne-dépendante.**

E2 : Après l'organisation du temps en lui-même, c'est vraiment très interne dépendant

L'interne **ne pouvait pas se projeter** sur une demi-journée d'autonomie.

E2 : Peut être parce que c'est des niveaux 1, et qu'il y a pas encore une grosse projection

E3 : ils ont une mise en autonomie, mais qui est sur des courtes durées, (...), sur une organisation de temps de travail de semaine, c'est un peu délicat à aborder

L'interne **n'avait pas encore de projet professionnel défini**.

E8 : ils en sont pas forcément au stade où ils se voient installés, (...) ils vont faire des remplacements etc., et du coup ils voient peut être pas encore l'installation.

E10 : ils sont pas encore particulièrement prêts à s'installer. Souvent quand ils sortent du stage, leur projet c'est déjà de faire des remplacements

Le SASPAS semblait être mieux approprié pour aborder ce thème.

E1 : C'est plus avec les SASPAS que ça l'a fait je pense.

E3 : après moi j'me dis qu'ils ont le SASPAS derrière, (...) donc souvent c'est peut-être un peu plus abordé dans ce stage de SASPAS.

L'interne et le MSU étaient **trop différents** pour que l'interne puisse se comparer.

E2 : parce que la vie personnelle, j'veux dire quand t'as 25 ou 27 ou 30 ans, et puis euh 45, ffff ça n'a rien à voir.

L'interne et le MSU **n'étaient pas assez différents**, voire de la même génération, et partageaient donc les mêmes idéaux.

E11 : j'ai pas une grosse différence d'âge avec les internes que je reçois, ce qui fait qu'il y a pas de fossé générationnel entre l'équilibre temps de travail, qualité de vie

Après l'entretien, le MSU **envisageait désormais** d'aborder le sujet.

E8 : faut peut-être que je leur pose la question pour voir, leur poser la question « comment tu t'imagines gérer ton temps de médecin ? »

I.D. Effets de l'interne sur le MSU

L'interne **apaisait** le MSU.

E5 : Moi je trouve que ça m'apaise et ça me fait relativiser certaines situations plus que si j'étais tout seul.

L'interne **stimulait** le MSU.

E3 : je vais par exemple être beaucoup plus attentionnée sur les recommandations, sur la recherche médicale etc... Je vais faire beaucoup plus attention

E5 : j'étais très content parce que ça me bouscule un p'tit peu dans mes habitudes (...) ça m'a boosté dans certains secteurs de mon travail.

L'interne permettait une **mise à jour des connaissances** du MSU.

E5 : ils ont quand même des connaissances qui sont (...) plus à jour que les nôtres, donc c'est bien d'être recadré de temps en temps

E7 : c'est de la formation en soi d'avoir des internes, donc effectivement, si ça change notre formation on est peut-être plus à l'aise sur certaines choses effectivement

L'interne **mettait en confiance** le MSU.

E7 : et puis donc ça aide aussi à savoir ce qu'on veut et comment on veut le faire.

L'interne permettait au MSU une **prise de recul sur sa vie personnelle**.

E6 : un interne ça nous renvoie aussi à notre vie privée, parce que forcément il nous interroge

E6 : vous nous faites refléter parfois des choses qu'on ne, comment dire, qu'on ne perçoit pas au premier abord, et que le patient ne va jamais nous dire

La relation interne-MSU apportait **un enrichissement mutuel**.

E3 : J'suis super contente de faire de la maîtrise de stage, c'est vraiment une expérience qui est partagée, (...), pour moi c'est vraiment un échange.

E12 : ça m'apporte autant je pense que ce que l'interne reçoit.

Le fonctionnement en trinôme était **riche d'apprentissage**.

E7 : mes collègues maîtres de stage, (...) qui sont beaucoup plus jeunes que moi, ne travaillent pas comme je travaille, et ça a permis de discuter, d'être une base de réflexion

E11 : j'suis jamais à l'heure donc j'aurais du mal à faire des remarques là-dessus, j'ai un collègue qui est très bon pour ça donc ça permet de sous traiter tout ça !

L'interne permettait au MSU de **réfléchir sur son propre parcours**.

E8 : on a plein d'internes différents, des parcours différents, (...) moi ça me renvoie aussi à quand moi j'ai fait mon stage en tant qu'interne

E8 : ça nous renvoie au parcours qu'on a fait, on se dit bah oui moi je me suis installée, j'ai pu m'installer donc c'est bien !

II. L'exemple du modèle de rôle dans la réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée

II.A. Rôles du MSU

II.A.1. Influencer les internes

Certains MSU espéraient **influencer positivement** les internes.

E5 : on espère les influencer un p'tit peu, dans leur, en tout cas leur donner l'amour du métier.

E6 : on l'influence parce que quand il voit notre outil de travail, (...), l'entente, quand il voit les facilités (...) c'est un mode d'exercice déjà qui les attire, d'emblée

Certains MSU préféraient au contraire **ne pas influencer** leurs internes.

E9 : Eh ben, j'espère pas l'influencer, je veux pas l'influencer

E10 : J'ai pas envie de l'influencer.

Certains MSU **ne savaient pas** s'ils influençaient leurs internes.

E1 : Alors l'influencer j'en sais rien

Certains MSU préféraient penser à la **notion de transmission** plutôt que d'influence.

E6 : Quand on transmet avec justesse et avec cœur, je pense que derrière, on donne envie, voilà

II.A.2. Le rôle d'exemple

- Prise de **conscience** du rôle d'exemple

Le MSU se souvenait de son **expérience personnelle d'interne** et du rôle d'exemple qu'avaient joué ses maîtres de stage.

E6 : Je pense que quand j'étais interne et que je voyais mes maîtres de stage, j'essayais de prendre de la graine de ce qu'ils étaient pour pouvoir me construire

E11 : d'expérience personnelle, le rôle des maîtres de stage de niveau 1 c'est extrêmement important (...) on récupère tellement de choses de nos maîtres de stage de niveau 1

Le MSU se considérait comme **un modèle** parmi les autres modèles que pouvaient rencontrer les internes.

E6 : on est peut-être censé être un exemple pour nos étudiants, qu'ils puissent s'imaginer eux même en tant que médecin généraliste.

E9 : j'ai l'impression voilà de donner un modèle, (...) qui effectivement peut-être va plus correspondre à un modèle d'une femme qui a ou qui projette d'avoir des enfants

Le MSU prenait conscience de ce **rôle « extrêmement flippant »**.

E11 : y a énormément de choses de routine qu'on acquiert par mimétisme avec ses maîtres de stage ce qui est extrêmement flippant pour moi

II.A.3. Valorisation du rôle

La maîtrise de stage permettait au MSU de **se sentir valorisé** dans son activité professionnelle et **lui donnait confiance en lui**.

E6 : ça donne peut-être aussi un peu d'assurance quant à soi (...) on se sent utile, on se sent aussi important, pour vous (...) et donc aussi un peu pour nous, ça redore un peu ...

E12 : je sens bien aussi que je me sens utile à l'interne

II.B. L'équilibre vie professionnelle/vie privée : un apprentissage implicite

II.B.1. L'Effet miroir : l'exemple

L'interne **observait** le MSU au quotidien.

E4 : Ben, par l'exemple. Euh voilà. Euh, ça les a sûrement influencé des deux manières, ce qu'ils veulent faire dans une certaine mesure et aussi probablement ce qu'ils ne veulent pas faire.

E12 : déjà rien qu'en nous observant j' pense qu'ils peuvent se dire ça j'en ai envie et ça j'en ai pas envie, et définir ce qu'ils veulent pour eux

L'interne observait mais **vivait** aussi au quotidien avec le MSU.

E6 : ils le vivent aussi. Pourquoi ? Parce que, ils rentrent tard (...) ils voient bien que c'est compliqué sinon, de travailler 11 à 12 h par jour, 5 jours par semaine

E11 : les internes qui restent tout au long des consultations, qui font toute la journée avec nous, ils finissent par voir assez vite que c'est fatigant, une journée !

L'interne était **témoin de l'organisation du travail** du MSU.

E2 : il voit un peu comment on est organisé, comme c'est sur trois maîtres de stage, chaque fois, il voit des méthodes de travail très différentes entre le rural, le citadin...

E8 : ils voient comment on fonctionne donc ils doivent voir un p'tit peu comment on peut s'organiser pour avoir des horaires à peu près cadrés.

Le MSU était un **modèle positif**.

E3 : Déjà il y a l'effet miroir (...). Parce que le fait de nous voir heureux d'exercer, ils vont peut-être se poser la question de savoir pourquoi...

E3 : on a quand même une qualité de vie, au niveau du cabinet médical qui est, pour moi exceptionnelle, donc euh (...) ils voient que ça peut être bien aussi de s'installer !

II.B.2. Le contre exemple

Le MSU pouvait également être **un exemple de « ce qu'il ne faut pas faire »** pour son interne.

*E5 : Ils ont bien compris que médecin tout seul dans son cabinet, c'est pas tenable (...).
Mais ça leur paraît une évidence absolue au bout de 15 jours quand ils sont avec moi
E5 : être en stage avec moi ça confirme ce qu'ils savaient depuis déjà un moment, et
ça ne fait que les conforter dans l'idée que, ben faut pas faire ça.*

II.B.3. Des échanges informels

Interne et MSU profitaient de la **pause du midi et des trajets en visite** pour échanger.

*E8 : J'pense que ça passe plus par des échanges informels (...) ça se fait pas mal aussi
quand on part en visite (...) ou quand on mange ensemble.
E11 : moi je fais beaucoup de choses de façon très informelle, soit entre deux
consultations, soit en papotant entre les visites, ou c'est vrai quand on déjeune aussi*

Les réunions du trinôme étaient aussi l'occasion d'en apprendre plus sur l'équilibre de vie.

*E6 : dans notre trinôme on avait l'intelligence de nous recevoir (...) donc on voyait
aussi dans quel environnement elle était quoi*

Ces échanges restaient **informels**.

*E9 : j'ai pas de trame précise en fin de compte, ça dépend aussi de l'interne et de son
autonomisation aussi qui est plus ou moins rapide selon l'interne.*

II.C. L'équilibre vie professionnelle/vie privée : un apprentissage explicite

II.C.1. Conseiller

Le MSU donnait un certain nombre de **conseils** à son interne.

E12 : on peut avoir aussi un rôle de conseil (...) qu'ils prennent en compte ou pas

Le MSU pouvait conseiller sur **l'organisation du travail**.

E1 : conseiller ou rappeler que c'est important de pas négliger le côté familial, personnel, du temps pour les loisirs, pour les enfants

E2 : je pense qu'en effet c'est important de dire qu'il faut être organisé, c'est ce que je te disais un jour de congé, avoir du temps pour soi

Le MSU **déculpabilisait** l'interne.

E3 : J'essaye de leur faire comprendre aussi qu'ils sont pas responsables de la, du manque de professionnels de santé, et que c'est pas à eux de payer le fait que les politiques ne font pas leur travail.

E12 : j'ai souvent tendance à leur conseiller (...) de pas trop céder à la culpabilité de diminuer de rythme, parce que y en a beaucoup qui se disent ben voilà je suis capable de travailler plus, j'ai l'impression de pas travailler

Le MSU **partageait son expérience** avec l'interne.

E1 : faire partager son expérience, qui peut être négative (...) Voilà des choses à ne pas faire éventuellement.

E10 : Voilà moi je raconte mon histoire, mes expériences, après je peux aussi raconter l'histoire d'autres qui ont fait les maisons de santé

Le MSU insistait sur la **liberté d'exercice**.

E3 : Moi je leur dis qu'ils ont le choix, enfin vraiment, j'axe vraiment beaucoup sur la liberté

E10 : Moi mon idée et mon principe c'est que quand on est en médecine libérale je veux dire l'avantage c'est qu'on peut soi-même déterminer ses horaires, et ses vacances, ses jours de repos

Le MSU sensibilisait l'interne à **l'importance des formations.**

E1 : faire des formations parce que c'est un moyen d'échanger, d'appréhender les choses un peu différemment

E2 : dire qu'il faut (...) avoir du temps (...) pour se former aussi parce que du coup après si tu bosses trop tu te formes plus

II.C.2. Apprendre

Le stage était l'occasion d'apprendre à **dire non.**

E6 : j'ai dit non, voilà je suis capable de le dire, mais parce que je suis installé depuis 6 ans ! Mais j'imagine que pour un interne qui débute, c'est embêtant pour lui de laisser partir quelqu'un qui a mal

Le stage permettait d'apprendre à **gérer les conflits.**

E6 : Donc aussi désamorcer après la maman qui est pas contente etc ... ça on sait le faire en tant que médecin installé mais c'est vrai que pour un interne je pense c'est compliqué.

Le stage permettait d'apprendre à **gérer le temps.**

E9 : le but c'est effectivement d'organiser enfin, qu'il arrive aussi en SASPAS en sachant un peu comment il veut, comment il peut organiser ses journées

E11 : réussir à avoir un esprit de synthèse, à prioriser les différentes plaintes des patients, à apprendre à gérer le logiciel médical, ...

Le stage permettait d'apprendre à **gérer les motifs de consultations.**

E6 : hiérarchiser la demande, en tout cas les motifs de consultation. Donc c'est leur apprendre à pas aller au-delà de 2 à 3

Le stage permettait de **mettre en situation l'interne**.

E9 : en autonomie complète, euh je le laisse organiser son temps tout seul. Voilà, tu te débrouilles tu prends tant de temps pour ta consultation, si tu veux te rajouter une urgence, ou pas

E9 : sur une journée, une demi-journée, pour qu'il voit euh combien de temps lui prennent les choses, et puis c'est une journée voilà vers la fin où faut lire le courrier, faut regarder les bios

Cet apprentissage se faisait **selon les qualités propres à chaque MSU**.

E1 : j'essaye plus (...), plus vraiment sur tout le côté empathie, tout le côté plus médical, le côté empathie et tout ça, qui sont des choses qui sont plus difficiles à acquérir à l'hôpital.

II.C.3. Des difficultés liées à la formation initiale hospitalière

La **formation hospitalière n'aidait pas** à l'apprentissage des compétences de médecine générale.

E6 : je pense que c'est compliqué parce que effectivement vous êtes pas amenés à réfléchir de manière concise, avec ...à l'hôpital, ça c'est évident.

E11 : il faut apprendre à avoir une routine de consultation qui permet naturellement d'être en contact avec le patient (...) En dehors du cabinet médical je vois pas trop où est ce qu'on peut l'apprendre

La formation en médecine générale relevait d'un **savoir faire spécifique**.

E11 : c'est pas une activité qu'on a à l'hôpital en tant qu'interne, d'avoir des gens en consultation (...) c'est pas les mêmes compétences, (...) c'est pas le même savoir faire

II.C.4. Protéger

Le MSU mettait en garde l'interne quant au **risque de burn-out**.

E2 : il faut être vigilant par rapport au risque de burn out, ça c'est vraiment souvent un truc qu'on aborde

E5 : la deuxième que j'ai eue (...) sera peut-être trop impliquée, ça va l'user, je lui ai dit qu'il fallait qu'elle se ménage aussi, c'est pas évident de savoir prendre un peu de recul et se dire là faut s'arrêter.

Le MSU prévenait l'interne de la **difficulté** du métier.

E2 : Ben je lui dis qu'il a choisi un métier difficile

Le MSU se servait de **scénario catastrophe** pour préparer l'interne.

E5 : je noircissais un peu le tableau en lui disant (...), il m'est arrivé d'avoir une heure de retard et puis d'être appelé par ma femme en me disant « les 2 gosses vomissement (...)

E5 : je lui montrais que ça pouvait déborder et qu'on pouvait avoir un scénario euh... c'est pas apocalyptique, mais où vraiment on se dit la journée se termine mal quoi !

II.C.5. Anticiper

Le MSU conseillait à l'interne de **faire un SASPAS** pour découvrir d'autres modes d'exercice.

E10 : quand ils font un SASPAS ils vont plutôt aller dans une maison de santé, voir comment ça se passe quoi

Le MSU conseillait à l'interne de **remplacer**.

E4 : je les invite à remplacer, avant de s'installer pour voir différents modes de fonctionnement

E8 : je leur conseille ben oui faites des remplacements, (...) c'est plus facile de faire ses enfants quand on est remplaçants, après ça c'est mon avis personnel mais...

Le MSU permettait à l'interne de **se projeter** vers l'avenir.

E5 : imagine que t'as un nourrisson à la maison, bon t'es en retard d'une heure, t'appelles la nourrice (...) donc oui effectivement, peut-être que je bosserai pas aussi tard que ça quand j'aurai des enfants.

Le MSU permettait à l'interne **d'anticiper son exercice futur**.

E4 : je leur dis surtout que ce soit bien clair ce qu'ils veulent, ce qu'ils ne veulent pas, et dès le début il faut le marquer, l'imposer, et voilà

E12 : j'ai toujours tendance à leur délivrer presque le même conseil, (...) se poser vraiment la question sur le long terme, (...) déterminer très tôt si il veut vraiment travailler à temps plein ou pas.

II.C.6. Rassurer

Le MSU **rassurait** l'interne sur son futur équilibre professionnel.

E2 : Lui dire que c'est pas l'horreur

E4 : besoin de se rassurer, sur le fait que ça va être possible à la fois d'avoir un cabinet de médecine générale, et à la fois d'avoir des enfants

III. L'équilibre vie professionnelle/vie privée des MSU

III.A. Représentations

Les MSU faisaient de leur équilibre de vie une **priorité** et leurs choix de carrière étaient faits pour préserver cet équilibre.

E2 : on a toujours fait des choix de lieu d'installation, de mode d'installation qui permettaient de garantir ça, on avait toujours ça en tête en tout cas.

E4 : pour moi c'est fondamental.

Les MSU **luttaient au quotidien** pour que leur équilibre de vie ne soit pas menacé.

E5 : je pense à un combat permanent

E11 : la médecine générale et la vie privée c'est quand même pas facile à gérer ensemble ! (...) c'est un combat de tous les jours !

Préserver cet équilibre de vie demandait de **l'énergie et de la volonté**.

E4 : Ça a été une lutte, quand même, (...) voilà faut y mettre de l'énergie, et de la ténacité

E12 : un certain effort quand même

Pour assurer leur équilibre de vie, les MSU devaient **courir contre le temps**.

E6 : D'être là dès le matin pour ses enfants, (...) Et d'arriver le soir suffisamment à l'heure pour la nounou, pour la libérer (...) avant d'aller au lit.

L'équilibre de vie était **propre à chacun**, dépendait de la personnalité du MSU et de ses valeurs.

E2 : y a pas une façon de travailler type. Y a des gens qui bossent j'sais pas combien, 60-65heures (...) des gens qui ont qu'une demi journée de congé (...) c'est à lui de trouver son équilibre

E5 : Je pourrais essayer de dire voilà c'est 9h-12 puis 14h-17h, c'est terminé, c'est non négociable. J'ai du mal à le faire. Parce que je fais partie d'une génération assez ancienne, où c'est pas quelque chose qui vient naturellement

La recherche du bon l'équilibre de vie s'accompagnait d'une **vigilance constante** quant au risque de burn-out.

E2 : Voilà à l'heure actuelle ça va je me sens pas dépassé, je me sens pas en burn out, euh mais par contre je reste vigilant, hein, je reste vigilant.

E11 : c'est juste que je me suis un peu fait bouffer petit à petit, j'essaye de pas me faire bouffer plus

III.B. Un déséquilibre source de souffrance

Un déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle entraînait une **souffrance personnelle**.

E4 : ça m'a quand même coûté, ça m'a quand même impactée aussi, parce que à la maison on rentre énervée

E11 : j'ai l'impression de pas faire grand-chose d'autre de ma vie.

Un déséquilibre pouvait être aussi **source de souffrance pour l'entourage**.

E1 : ça fait de longues journées et c'est parfois un peu, un peu déplaisant. Pour moi et pour mon entourage je pense.

E5 : on me prend pour un fantôme des fois ! On me demande, quand est-ce que tu as l'intention de dîner avec nous un soir ? Bon, donc c'est pas terrible.

Un déséquilibre faisait **culpabiliser** le MSU.

E3 : euh je regrette de ne pas avoir eu ce temps libre pour m'occuper de mes enfants à l'époque, ça n'avait pas été le cas je travaillais à temps plein

E2 : actuellement nos enfants sont grands donc c'est plus facile de consacrer un peu plus de temps, sans pression au cabinet. Euh sans culpabiliser.

Le MSU **se comparait facilement** à ses collègues sur ce sujet, avec une tendance à la dévalorisation : moins d'horaires de travail, moins de loisirs

E2 : je considère que par rapport à la moyenne de mes camarades, je m'en sors pas trop mal.

E5 : je vois bien que certains de mes collègues se libèrent plus tôt en fin de soirée, pour aller danser

III.C. Les indispensables de l'équilibre vie privée/vie professionnelle :

III.C.1. Séparer la vie privée de la vie professionnelle

Cette séparation permettait **d'éviter que le professionnel n'empiète sur le privé.**

E4 : Pour que voilà, quand je suis ici, je suis ici, et quand je suis à la maison avec mon fils et mon mari, je suis à la maison avec mon fils et mon mari !

E7 : faut pas que le travail empiète trop sur le privé, (...) et, dans le privé il faut arriver à faire le vide de tout ce qui est travail pour que ça se passe bien

Cette séparation permettait à l'inverse **d'éviter que la vie privée n'envahisse la vie professionnelle.**

E3 : quand on est bien dans sa vie personnelle, on est aussi efficace dans sa vie professionnelle, et je pense que l'un ne va pas sans l'autre

E6 : peut-être ça devait se ressentir aussi dans ma vie professionnelle quand même, peut-être que les patients devaient voir que j' étais pas spécialement très souriant

La séparation vie professionnelle/vie privée était parfois **empêchée par le conjoint**, lui-même médecin.

E7 : quand on a un conjoint médecin et qu'on peut rediscuter des choses le soir

La séparation vie professionnelle/vie privée était-elle **une problématique féminine ?**

E7 : on est cinq là au cabinet, je suis la seule femme, et (...) j'ai quand même l'impression d'avoir beaucoup plus de mal à fermer la porte du cabinet que mes collègues, qui quand ils ont fini, ils ont fini !

III.C.2. Faire des compromis

- Dans la vie professionnelle

Le MSU choisissait des modalités d'installation pour **garantir l'équilibre**.

E2 : on a toujours fait des choix de lieu d'installation, de mode d'installation qui permettaient de garantir ça, on avait toujours ça en tête en tout cas.

Le MSU acceptait **de ne pas tout maîtriser** dans sa vie professionnelle.

E4 : Y a une certaine satisfaction faut bien reconnaître, à être là tout le temps (...) et à avoir la pleine maîtrise de tout ce qui se passe ! (...) Mais quand on est marié avec des enfants, c'est pas possible !!

Le MSU fixait **des limites** dans sa vie professionnelle.

E11 : voilà faut réussir à se caler des limites rapidement, sinon on se fait grignoter très très vite.

- Dans la vie personnelle

Le MSU définissait **des priorités**.

E1 : quand j'ai besoin maintenant de faire un loisir par exemple (...) j'arrive à mettre des horaires et à les respecter. (...) Quand c'est pour la sphère familiale j'ai, je me mets un peu moins de pression pour atteindre mes objectifs.

E11 : je sais que je me restreins sur les sorties que je vais faire ou sur les gens que je vais aller voir (...) pour essayer d'être un minimum en forme le lendemain

Le MSU acceptait **des contraintes**.

E6 : ... la principale difficulté c'était de mettre le réveil plus tôt ! Parce que je suis un gros dormeur (rires)

III.C.3. Gérer les patients

Le MSU devait **savoir dire non**.

E3 : Moi le frein principal, c'est savoir dire non ! Je ne sais pas dire non !

E11 : y a toujours une pression pour se rajouter des trucs...faire des choses, toujours prendre plus de choses, plus de monde, et réussir à dire non à tout ça

Le MSU gérait **la pression** des patients.

E1 : y'a aussi une pression des patients y'a des demandes, c'est parfois difficile de refuser surtout quand on est en première ligne au téléphone

E11 : il y a une pression pour que les gens ils soient vus et puis voilà, et ils le font bien savoir

Le MSU **éduquait** ses patients.

- Eduquer les patients était une **nécessité** pour optimiser son exercice professionnel.

E2 : On essaye d'éduquer nos patients

E4 : la patientèle, après un certain travail d'éducation, commence à bien admettre qu'ils ont à faire, surtout en urgence, à celle qui est là, euh c'est accepté

- Éduquer demandait de **l'énergie**.

E4 : Ça a été une lutte, quand même (...) voilà faut y mettre de l'énergie, et de la ténacité

E4 : ça a été une sacrée lutte ça, y a eu du conflit, euh avec des patients, euh voilà. Et, ça, ça a été une grosse lutte, mais je l'ai tenue

III.C.4. S'adapter, changer sa pratique

Il était parfois nécessaire de **réduire** le temps de travail.

E7 : j'ai effectivement changé des choses pour me laisser moins bouffer, et moins stresser par le travail.(...) Une réduction du temps de travail, et puis savoir dire non

Il était parfois nécessaire de prendre un **remplaçant**.

E9 : c'est peut-être avant mon troisième enfant qu'on a commencé à avoir des remplaçants fixes au cabinet.

Cette modulation de l'exercice était facilitée par l'**activité libérale**.

E2 : arriver à pouvoir moduler son activité en fonction des besoins personnels, euh familiaux etc...de pas subir tout le temps, sinon ça pète.

Ces changements n'étaient **pas toujours faciles** à mettre en œuvre.

E11 : essayer de, soit de me rapprocher du lieu de travail (...) soit effectivement diminuer la charge de travail, mais y a tout un tas de raisons qui font que c'est pas facile.

III.C.5. Savoir se remettre en question

Le MSU devait savoir **remettre en question** son équilibre de vie pour ne pas le perdre de vue.

E7 : c'était pas la médecine que j'avais envie de faire, celle que je faisais c'était celle que j'avais envie de faire...mais il fallait que je la fasse de façon différente

E12 : toujours se poser la question, en effet où est son équilibre parce qu'on a tendance je trouve à des fois l'oublier surtout quand on travaille beaucoup

III.C.6. Etre à l'écoute

Le MSU était à l'écoute des remarques de ses **proches**.

E5 : des fois on me rappelle à l'ordre à la maison en me disant « est-ce que tu comptes rentrer ce soir ? » (Rires). Bon là je comprends que j'ai dépassé la ligne

E7 : Il a fallu que mon conjoint mette les pieds dans le plat et dise qu'il fallait que je trouve des solutions parce que (...) ça n'allait pas continuer comme ça longtemps.

Le MSU prenait en compte les remarques de ses **collègues**.

E4 : ça va être en groupe de pairs, comment on gère, les conflits avec les patients, et de l'expérience des collègues parfois plus âgés et qui ont plus d'expérience

E6 : je pense que mes collègues et surtout V. la secrétaire a senti qu'à ce moment là j'avais besoin de changer

III.C.7. Lutter contre le Burn-Out

Le MSU privilégiait le **bien-être au travail**.

E1 : avoir l'impression de gérer son temps sereinement

E2 : plaisir à aller travailler

Le MSU devait accepter un certain **lâcher-prise**.

E3 : A l'époque, c'était me penser indispensable...c'est fini je me sens plus indispensable à quiconque

E4 : c'est un certain lâcher prise ouais, de pas avoir le contrôle sur tout ce qui se passe au cabinet, avec les patients, ce que font les autres... et c'est pas forcément évident

III.C.8. Se former

Le MSU gardait du temps pour continuer **à se former**.

E3 : J'ai le temps aussi de me former, donc de prendre du temps pour la formation, et ça voilà ça fait partie aussi de mon équilibre.

E4 : plus les formations, qui sont réparties un p'tit peu sur l'année, qui sont importantes aussi

III.C.9. Intégrer la vie universitaire

La **maîtrise de stage** faisait partie intégrante de l'équilibre de vie.

E12 : Le fait de ne pas en avoir, je pense que ça manquerait plutôt dans mon équilibre professionnel, c'est à dire le sens que je donne à mon équilibre professionnel

E12 : l'équilibre est, c'est finalement un triptyque parce qu'il y a ma vie personnelle, ma vie professionnelle à la fac et ma vie professionnelle de médecin

Mais la vie universitaire prenait parfois **beaucoup de place**.

E12 : des fois la part professionnelle fac prend beaucoup de place par rapport aux deux autres composantes

III.D. Trouver un équilibre

Certains MSU étaient **pleinement satisfaits** de leur équilibre de vie actuel.

E3 : j'ai un équilibre parfait entre ma vie professionnelle et ma vie privée

E9 : dans l'ensemble moi j'y trouve mon équilibre, et j'ai l'impression que mes associés et ma famille y trouvent aussi un équilibre !

Avoir un équilibre de vie satisfaisant **empêchait parfois une certaine remise en question**.

E3 : j'avoue que je me pose plus trop de questions, quand ça va bien, non !

Certains MSU étaient **ambivalents** vis-à-vis de leur équilibre de vie.

E1 : ça doit me convenir car je mets pas forcément de choses en place pour modifier

E11 : C'est pas, c'est pas optimal, bon après c'est pas, on trouve un équilibre parce que voilà je reste dans cette situation

Certains MSU étaient **insatisfaits** de leur équilibre de vie actuel.

E5 : c'est assez médiocre on va dire. Parce que je rentre tous les soirs tard (...) des fois je passe une semaine où je ne les ai quasiment qu'aperçus.

E11 : j'ai l'impression de pas faire grand-chose d'autre de ma vie (...) C'est pas, c'est pas optimal.

III.E. Un équilibre variable

III.E.1. Un équilibre constamment remis en question

L'équilibre n'était **jamais fixé**.

E4 : c'est forcément toujours en mouvement en fait, y a jamais rien d'acquis, y a jamais rien de figé.

E10 : il y a pas de position idéale, il y a toujours des choses qui vont modifier l'équilibre on va peut-être mettre quelque temps pour retrouver un autre équilibre

III.E.2. Des variabilités individuelles

L'équilibre variait **selon l'âge** du praticien.

E10 : Je sais pas ... l'âge, les enfants, le travail, c'est, on fait pas le même boulot quand on s'installe puis au bout de 18 ou 20 ans je veux dire.

L'expérience ne suffisait pas toujours à garantir l'équilibre.

E5 : on pourrait croire que d'avoir pris de la bouteille et de l'ancienneté dans le métier, pourraient faire qu'on se ménage un peu plus facilement, ben c'est pas le cas

III.E.3. Des variabilités familiales

L'arrivée des enfants faisait changer le rythme.

E2 : y en a un qui travaillait plus, l'autre qui travaillait moins, donc l'organisation du travail, elle était différente à des moments différents.

E5 : déjà, l'arrivée des enfants. Ça recadre un peu les choses, on va pas non plus les larguer chez une nourrice, pendant des soirées entières, 3 fois la semaine.

L'équilibre évoluait avec **l'âge des enfants**.

E2 : c'est plutôt un moment de notre vie professionnelle qui est agréable parce que justement on n'a pas cette pression à la maison qui fait que on regarde la montre

E7 : Peut-être les enfants en grandissant. (...). Bon maintenant (...) on a pu en discuter et c'est vrai que ça a aussi fait évoluer les choses.

L'expérience du divorce modifiait l'équilibre.

- L'expérience du **divorce perturbait l'équilibre.**

E5 : y en a un qui a divorcé, on voit bien que ça a quand même perturbé considérablement son activité professionnelle et son confort de vie

E6 : avoir l'aisance financière (...) la maison tout seul et non plus à deux, la garde des enfants, toutes les dépenses inhérentes à l'école etc ... il m'a fallu travailler davantage.

- L'expérience du divorce permettait un **nouveau départ**

E6 : dans cette nouvelle organisation aujourd'hui (...) en garde alternée des enfants, ça se passe très bien, aussi peut-être parce que j'ai pris conscience de l'importance de sauvegarder la vie privée

E6 : après quelques petits accidents de vie privée, maintenant j'ai conscience de l'importance de chaque instant dans ma vie privée

L'équilibre évoluait selon **ses responsabilités familiales.**

E5 : y a des jours on se dit bon sang, si j'étais célibataire avec plus de parents ou de grands-parents à charge...quel bonheur ! Parce qu'il faut inclure tout le reste dans sa vie professionnelle.

La **profession du conjoint** influait sur l'équilibre.

E5 : ma femme étant enseignante je suis tributaire des vacances scolaires. (...) donc faut trouver un remplaçant pendant les vacances scolaires, ils sont très demandés (...) donc c'est pas simple.

E9 : j'ai un mari (...) qui avant avait des horaires décalés par rapport aux miens, donc j'avais des conditions assez idéales

L'équilibre évoluait selon **l'écoute de ses proches.**

E12 : j pense que le fait d'avancer un peu aussi dans la vie (...) on va dire faire un peu attention, un peu plus, à ce que vos proches vous disent

III.E.4. Des variabilités professionnelles

L'expérience du **Burn-out** modifiait l'équilibre.

E3 : Je pense que c'est le burn-out, à un moment j'étais quand même vraiment pas bien du tout du tout psychologiquement (...) c'est moi qui ai dit stop quoi, stop. Je pouvais plus.

E7 : ça a posé des problèmes il y a pas très longtemps (...) ça a été loin (...) je me suis même posé la question d'arrêter la médecine générale, de passer sur une médecine salariée.

Les **évolutions du cabinet** modifiaient l'équilibre.

- Le fait de **devenir propriétaire**

E12 : Le fait de devenir propriétaire de son cabinet et d'avoir à gérer tous les petits à côtés : le bâtiment, les travaux, les problèmes informatiques, ...

- Le **départ en retraite** d'un associé

E5 : c'est d'autant plus vrai depuis que je suis tout seul au cabinet, puisque mon associé a pris sa retraite (...) et donc le travail n'a fait que s'accumuler.

E8 : On a vu l'évolution, en termes de (...) quantité de travail, parce que des médecins sont partis à la retraite, donc on a eu plus de travail.

- L'intégration d'une **MSP**

E8 : ce qui a changé c'est l'arrivée dans la maison de santé (...) on s'est associés avec d'autres médecins. Donc il a fallu repenser notre façon de travailler.

- Répondre aux **engagements** liés à la MSP

E8 : on a signé un contrat avec l'ARS et la sécu, et du coup on a quand même des obligations en terme de continuité des soins, faire des actions de prévention.

- L'arrivée d'une **associée**

E5 : j'ai très probablement quelqu'un qui va s'associer avec moi en septembre, donc je vais pouvoir lâcher du lest

E8 : on a intégré une sixième médecin depuis janvier (...) ça change en terme de patients, ça tourne un p'tit peu, (...) le médecin qui arrive est plus jeune donc elle a d'autres idées (...) ça vous fait évoluer aussi.

- **Les évolutions** futures à anticiper

E4 : je souhaite que dans les années à venir, ça évolue, qu'on fonctionne autrement, avec je l'espère un secrétariat, avec je l'espère une troisième associée, ou... ça se construit !

E5 : ... j'espère qu'il faudrait pas grand-chose pour que ça aille bien, donc je compte sur l'arrivée de ma collègue pour me libérer du temps

Les **responsabilités universitaires** modifiaient l'équilibre.

E12 : La montée en responsabilité à la fac, ça c'est clair.

Les **différentes expériences professionnelles** modifiaient l'équilibre.

- L'expérience du **terrain**

E10 : Quand on s'installe (...) pour certains trucs voilà on galère un p'tit peu, faut qu' on cherche, on angoisse aussi d'avantage

- L'expérience du **remplacement**

E2 : après en remplacement, (...) tu te vois dans un exercice plutôt qu'un autre, tu vas prendre ce que tu as envie en fonction de toi, pour un truc.

E4 : déjà j'ai remplacé avant de m'installer, donc ça m'a permis de, au moins en théorie, savoir ce que je voulais, de ce que je ne voulais pas (...)

- L'expérience du **salarial**

E5 : j'embauchais pas tôt, je débauchais tôt, j'avais jamais de garde, (...) Après j'ai eu l'impression de déperir médicalement parlant dans le sens où je faisais toujours la même chose

E10 : le travail en maison de retraite moi ça m'intéressait pas trop je trouvais ça plutôt triste et super répétitif quand même

- L'expérience à l'**étranger**

E5 : j'ai travaillé 2 ans en Angleterre, parce que (...) je voulais voir autre chose. (...) J'ai pu bénéficier au moins pendant 2 ans d'une autre vue sur la médecine.

E5 : Ils sont très bien payés, et ils ont un confort de vie exceptionnel.

- **Le changement** de cabinet

E3 : J'ai eu la chance (...) on est arrivés à XXX, y a eu ce cabinet médical qui m'a accueillie, voilà, c'est aussi des circonstances de vie.

IV. La vie personnelle et familiale

IV.A. Se préserver du temps libre : loisirs, famille

IV.A.1. Les représentations, dans l'idéal

Avoir des loisirs faisait partie de l'idéal de vie personnelle.

E1 : finir plus tôt pour avoir des loisirs, une ou deux fois par semaine, et pouvoir dîner en famille

Faire du sport, des activités faisaient partie de l'idéal de vie personnelle.

E5 : la famille XXX à XXX, ils vont danser, ils vont faire de la salsa le jeudi, je pourrais prendre, pas la salsa mais autre chose le jeudi en me disant, voilà une activité autre.

Garder du temps pour sa famille faisait partie de l'idéal de vie personnelle.

E1 : du temps en famille, le weekend notamment

E4 : la disponibilité que l'on a à la maison pour y être vraiment, et disponibilité notamment pour les enfants

Avoir du temps pour soi faisait partie de l'idéal de vie personnelle.

E9 : effectivement si dans mes journées intenses de travail j'avais parfois un peu de temps pour faire des p'tites choses personnelles (...) je respirerai un peu plus

E12 : la vie personnelle (...) j'aimerais bien que ce soit prioritaire, après je pense que dans les faits ça l'est pas forcément.

Etre comme tout le monde faisait partie de l'idéal de vie personnelle.

E1 : regarder un film à la télé le soir à des horaires qui sont des horaires de diffusion des films !

IV.A.2. En pratique, pour ceux qui y arrivent

En pratique, certains gardaient **une vie culturelle et sociale**.

E2 : par contre ça n'a pas du tout d'impact sur la vie culturelle, sociale, je le ressens pas, euh voilà je fais toujours autant de trucs, je fais de la musique

En pratique, certains faisaient **du sport**.

E4 : du temps pour se ressourcer, faire du sport en ce qui me concerne, en tout cas, puisque c'est mon truc

E8 : j'ai su aussi dégager du temps pour moi, j'ai repris le sport, ça a été un truc pour moi qui était primordial

En pratique, certains préservaient **leur vie familiale**.

E6 : je sens l'importance d'être bien avec les enfants le matin (...) de prendre un bon p'tit déjeuner, et avec les enfants, et de le faire dans le calme, de le faire sereinement

En pratique, certains s'engageaient **dans des associations**.

E9 : je fais partie de l'association des parents d'élèves

En pratique, certains gardaient **du temps pour eux**.

E3 : Donc en fait ça me permet aussi moi d'avoir du temps pour m'occuper de moi maintenant

E5 : j'essaye de me faire remplacer le mercredi (...) je peux faire des choses, que je ne peux pas faire le reste du temps puisque je travaille

En pratique, certains **sortaient, voyaient des amis**.

E9 : je sors, je vois des amis, enfin je fais d'autres choses

IV.B. Le budget familial pèse sur la vie professionnelle

Le MSU devait prendre en compte le **budget familial** dans son exercice professionnel.

E5 : C'est sûr que le célibataire, sans enfant, lui il a quand même plus de largesse pour s'amuser, programmer, que quand on est chargé de famille

V. La vie professionnelle

V.A. Le temps de travail

Il était indispensable **d'organiser son temps de travail**.

E2 : Enfin j'veux dire j'ai un jour de congé par semaine, euh qui permet de décrocher complètement, c'est indispensable.

E8 : faut être bien organisée, donc ça veut dire être bien organisée dans son travail

L'organisation du temps de travail était un pré-requis pour **lutter contre le Burn-out**.

E10 : Quand on est pas organisé, après ouais je pense, ça peut conduire [au Burn-out]

Les MSU avaient souvent l'impression de **courir contre le temps**.

E1 : j'ai vraiment l'impression de courir pour tout faire pour faire en sorte que tout se passe bien

E12 : dès qu'il il y a le p'tit grain de sable, ça devient compliqué parce que ben du coup on rentre tard le soir, on n'a pas le temps ni de voir nos mails ...

L'emploi du temps dépendait des **aléas du quotidien**.

E9 : j'ai des obstacles parfois quand effectivement c'est plutôt quand les journées se rallongent, ou quand y a, c'est compliqué pour moi d'avoir un impératif personnel par exemple, dans l'urgence

Les MSU voulaient **réduire leur temps de travail**.

E1 : Globalement j'aimerais travailler moins en terme d'horaires, peut-être faire un jour sur deux ce serait le bonheur, en tout cas dans mon cabinet ça pourrait être ça

E2 : Alors mon ressenti c'est que, j' préférerais travailler un peu moins

Certains MSU souhaitaient **réduire le travail administratif**.

E9 : ce que je voudrais c'est que dans mes journées professionnelles il y ait moins d'administratif

V.B. Une volonté partagée de bien faire son travail

La volonté de bien faire son travail restait un **objectif prioritaire** pour les MSU.

E5 : la volonté de bien faire son travail jusqu'au bout

E11 : bon j'essaye de pas sacrifier le temps passé au patient, sur 'fin voilà et donc du coup ça prend du temps et voilà.

V.C. Avoir du temps pour continuer à se former

La **formation** restait un objectif prioritaire des MSU.

E1 : après les jours dégages pourraient être un de repos réel, et puis un autre peut-être pour faire des choses à la fac, des formations complémentaires,

V.D. L'organisation du cabinet

V.D.1. Le secrétariat

Le secrétariat était une **barrière** pour protéger le MSU.

E8 : mon secrétariat (...) va cadrer les appels, cadrer les RDV, cadrer les demandes (...) c' est une première barrière qui fait que voilà, vous pouvez faire vos consultations tranquillement

Le secrétariat permettait de **déléguer** une partie du travail.

E8 : on va être sur Doctolib (...) on a essayé de réfléchir sur comment (...) essayer de lisser un peu les choses pour mieux organiser notre emploi du temps

E9 : on a un secrétariat, ce qui allège fortement la tâche

Le secrétariat était souvent à **développer**, à optimiser.

E1 : Qu'il y ait un filtre supplémentaire ce qui n'est pas le cas (...) actuellement. Mais qui peut se faire très simplement en prenant un secrétariat à distance par exemple

E12 : peut-être arriver au niveau professionnel, à déléguer un peu plus, alors je sais pas encore comment, parce je pense qu'au niveau secrétariat y a des choses à faire

V.D.2. Les collaborateurs, associés, remplaçants

L'organisation du cabinet dépendait aussi **des collègues** : collaborateurs, associés, remplaçants ...

E3 : Ici c'est bien, de toutes façons, quand j'ai fini, ma collègue arrive, je suis bien obligée de quitter le cabinet médical !

E4 : avoir des collègues avec qui on s'entend bien, qui travaillent comme nous aussi (...) que y'ait pas de concurrence, entre nous, de conflit ou de guéguerre

V.D.3. Le côté technique

La gestion des **à côtés techniques** du cabinet était à prendre en compte dans la vie professionnelle.

E12 : Les difficultés c'est lorsque au niveau du cabinet ça coince (...) quand il y a des soucis autres : genre panne informatique

V.E. Les patients

Il était indispensable de **répondre aux appels** des patients.

E2 : on se les répartit à deux donc des fois quand y en a un qui en a marre, l'autre prend le relais

Il était indispensable de gérer **les flux de patients**.

E12 : un gros afflux de patients difficiles à gérer avec des allongements d'horaires

Il fallait lutter contre **les fantasmes** des patients.

E4 : le fantasme, je pense, de beaucoup de patients encore, c'est d'avoir accès, directement si possible, hein, pas médié par secrétariat, directement à son docteur, et tout le temps !

Le médecin devait **se protéger** des patients.

E1 : se prémunir du téléphone (...) éviter que les patients aient un accès direct au médecin.

VI. La profession de médecin généraliste

VI.A. Une profession libérale

La liberté de la profession avait souvent **motivé le choix de carrière** des MSU.

E9 : moi c'est ce qui a fait que j'ai choisi aussi la médecine générale et le libéral, c'est pour pouvoir équilibrer moi-même cet équilibre vie professionnelle/vie personnelle

VI.B. Avec des contraintes

La **contrainte financière** freinait souvent le développement du cabinet.

E2 : prendre une secrétaire en plus l'après-midi salariée, ça a un coût important quand même ; un secrétariat téléphonique ça a ses limites

E10 : j'avais une secrétaire qui faisait aussi de l'accueil, et donc qui était là à mi-temps (...) y a 3-4 ans j'ai dû arrêter quoi, parce que ça me revenait trop cher

La **disponibilité** inhérente au métier limitait l'organisation du temps de travail.

E2 : ça c'est la problématique des médecins généralistes c'est-à-dire la disponibilité. Ça c'est sûr que étant le premier recours on doit être quand même joignable.

E10 : si on veut arriver à gérer facilement les problèmes qui nous sont posés, on a besoin d'une certaine présence parce que les gens ils sont pas malades sur RDV

L'**engagement professionnel** avec la continuité des soins était à prendre en compte dans la gestion du temps de travail.

E4 : dans le professionnalisme on a aussi certains engagements vis-à-vis du métier qu'on fait, et euh le mien entre autres c'est la continuité des soins

E4 : y a un engagement professionnel, qui à mon sens faut maintenir aussi pour pas s'éloigner trop de ce qu'on voulait faire, pour pas être en rupture avec ça

Il fallait se méfier des risques de **l'hyper disponibilité**.

E4 : y a quand même une certaine satisfaction à être là tout le temps (...) on a vraiment le sentiment de bien faire son travail, d'être pleinement disponible.

VI.C. Sujette au Burn-Out

Certains médecins avaient déjà souffert de **Burn-out**.

E3 : pendant 10 ans j'ai été submergée par mon travail, je travaillais 60-70 heures par semaine, euh j'ai fini par faire un burn-out

E7 : j'avais l'impression d'être prise dans un cercle vicieux de travail, d'horaires importants (...) et puis de finir par faire une qualité de médecine que j'avais plus envie de faire

VI.D. Une profession « à part »

Ce n'était **pas un métier ordinaire**.

E6 : on n'est pas un métier ordinaire, on est un métier qui prend du temps, mais qui est un temps tellement important pour les gens

VI.E. Une profession qui évolue

La vision de la médecine **changeait**.

E3 : c'est plus un sacerdoce ! C'est un métier, et moi ma génération, on épousait le Dieu médecine hein, et ça c'est malsain. Pour soi-même et pour les patients.

E4 : le fantasme (...) c'est d'avoir accès, directement (...) à son docteur, et tout le temps ! Voilà, et ben ça faut expliquer c'est pas possible, en tout cas ce sera pas moi

Cette évolution était parfois **source d'incertitude** pour l'avenir.

E10 : j'ai peur que toutes les réformes, et tout ça, ça finisse par me donner moins de moyens, parce qu'on préfère donner les moyens à ceux dont on pense qu'ils correspondent à l'idéologie actuelle.

DISCUSSION

Forces et faiblesses

Notre étude était originale dans la mesure où elle s'intéressait à un sujet jusque là peu abordé : la réflexion sur l'équilibre de vie entre MSU et interne lors du stage de niveau 1.

Nos résultats étaient d'autant plus intéressants qu'ils pouvaient être comparés à ceux de la thèse réalisée en parallèle par J. Crochet, qui aborde la même question chez les internes.

L'approche qualitative était la méthode de choix pour explorer le ressenti des maîtres de stage. Les entretiens individuels semi-directifs permettaient aux MSU de s'exprimer librement.

L'échantillon des participants était réparti de façon homogène (sexe, âge, mode d'exercice, durée de maîtrise de stage, nombre d'internes reçus). Nous nous sommes restreints géographiquement à la population des médecins généralistes d'Indre-et-Loire pour que l'étude soit techniquement réalisable. Les premiers médecins recrutés l'ont été par connaissance directe ou indirecte, par effet boule de neige. Ce mode de recrutement peut biaiser les résultats dans le sens où les entretiens se déroulaient parfois sous un mode plus amical, mais avec pour avantage de faciliter la communication. Un biais de désirabilité sociale a pu apparaître par volonté des participants de bien répondre et ne pas être jugé. Les entretiens avec des MSU inconnus ont parfois été plus difficiles en raison d'une certaine distance ou d'une pudeur à évoquer des événements personnels. Un seul MSU contacté n'a jamais donné suite après sollicitation pour la thèse, un autre a dû être relancé et a finalement accepté de participer.

La réalisation des entretiens, la plupart du temps au cabinet et sur rendez-vous, permettait au MSU de répondre sereinement. Les entretiens étaient enregistrés ce qui permettait à l'enquêtrice d'être déchargée d'une prise de note, et de se concentrer pleinement sur la personne interrogée. L'ordre des questions était ajusté en fonction du discours de l'interviewé tout en respectant la trame d'entretien.

L'enquêtrice réalisait pour la première fois des entretiens semi-dirigés. Cela a pu influencer sur la qualité des entretiens avec l'utilisation fréquente de questions fermées, manque de relances ... etc. La réécoute des entretiens et la réflexion sur le guide d'entretiens ont été pensées pour éviter au maximum ces biais.

L'analyse des verbatim nécessitant une interprétation du discours et du contexte, le premier codage a été réalisé par deux enquêtrices, afin de s'assurer de sa pertinence. Un double codage de tous les entretiens aurait permis de renforcer la validité de l'étude, mais n'était pas réalisable en pratique. Le guide d'entretien a dû être revu plusieurs fois car les tournures des questions étaient parfois maladroites. Cela a pu influencer les réponses des MSU, mais la modification du guide a été faite pour corriger ce problème.

Compétence professionnalisme

Le MSU abordait l'équilibre de vie par le biais de la compétence professionnalisme, en sollicitant directement l'interne (temps de travail, importance de préserver cet équilibre). Le professionnalisme est défini par « la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine fondée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient » (47). Selon le modèle pédagogique d'apprentissage par compétences, l'acquisition des compétences nécessite que les internes intègrent progressivement des ressources grâce à un apprentissage expérientiel en situation professionnelle authentique ; ils construisent graduellement leurs compétences à partir de celles qu'ils ont déjà acquises. Le rôle essentiel des enseignants est celui de facilitateur d'apprentissage et non de dispensateur de connaissances (48). L'utilisation des référentiels de compétence (RC) a plusieurs fonctions : témoin du suivi tout au long du stage, aide au bilan de formation et évaluation à visée validante. En utilisant les RC comme une base pour le suivi, les MSU s'ancrent dans le rôle d'enseignants. Peu de travaux s'intéressent au regard des MSU sur l'apprentissage par compétences. La plupart s'intéressent à l'évaluation de ces compétences lors du stage ambulatoire, comme dans la thèse de C.COUTON (49). Les MSU y sont interrogés sur les items utilisés pour les évaluations des compétences. Il ressort de cette thèse que l'item « gestion du temps entre

équilibre vie professionnelle/vie privée » suscite un désaccord chez les MSU. Malheureusement nous n'avons pas de détails sur ce désaccord. Il serait donc intéressant d'interroger les MSU sur l'apprentissage par compétence et pas seulement sur la validation de ces compétences.

La compétence professionnalisme regroupe, selon les niveaux allant de « novice » à « compétent », des items tels que « entrevoir un projet professionnel » ou « améliorer ses compétences », jusqu'à « organiser son outil et son temps de travail » (34). D'après la thèse de BACONET (50) sur la perception de la compétence professionnalisme par les internes de médecine générale, les internes de niveau « compétent » axent leur discours sur leur exercice médical avec la gestion de l'outil de travail, de leur vie personnelle et de leur disponibilité, ce qui n'est pas le cas des internes de niveau « novice » ou « intermédiaire ». Le stade dans le DES conditionne donc la perception du professionnalisme (50). Les internes plus avancés dans le DES seraient plus intéressés par la gestion de leur équilibre vie professionnelle/vie privée. Le stage de Niveau 1 ne semble donc pas le meilleur moment pour aborder cette compétence, le stage de SASPAS paraissant plus approprié. Jusqu'à la réforme du troisième cycle de médecine générale effective à la rentrée 2017, le stage de SASPAS n'était pas obligatoire. Environ un tiers des internes seulement avaient accès à un SASPAS (51). Nous pouvons espérer que l'obligation du SASPAS permettra aux internes de préciser leur projet professionnel, et aux MSU d'aborder des thèmes non abordés en Niveau 1, tels que l'équilibre de vie.

Modèle de rôle

Le MSU apparaissait comme un modèle de rôle : il représentait pour l'interne un rôle d'exemple, source d'influence, dont l'interne pouvait s'inspirer pour son exercice futur. Le MSU était conscient de ce rôle d'exemple et de son importance, ce qui participait à la valorisation du rôle. Cette définition du modèle de rôle correspond à celle des pédagogues québécois Chamberland et Hivon (40) : « un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des résidents avec qui il est en contact ». Le modèle de rôle et la supervision sont les deux modalités pédagogiques spécifiques à l'enseignement clinique. Elles mettent en interaction simultanément l'enseignant clinicien, le patient et l'étudiant. Pour le modèle de rôle, l'enseignant est en exercice clinique réel et il est observé par l'étudiant. Les rôles sont permutés pour la

supervision. Cela correspond en théorie au schéma pédagogique employé lors du stage de niveau 1. Un bon modèle de rôle doit faire preuve de trois caractéristiques : l'expertise clinique (raisonnement, communication), les habiletés d'enseignant (approche centrée sur l'étudiant et capacités de communication), et les qualités personnelles (compassion, intégrité, enthousiasme pour l'enseignement...). Cette double compétence clinique et pédagogique : tenir à la fois son rôle d'enseignant tout en restant avant tout soignant, n'est pas simple pour les médecins généralistes (40). La maîtrise de stage n'est pas l'unique activité des MSU. La formation initiale à la maîtrise de stage constitue une base commune à tous les MSU pour débiter leur pratique pédagogique. D'après la thèse de C. COUTON sur l'évaluation des internes en SASPAS, les MSU trouvent que la formation initiale à la maîtrise de stage n'est pas suffisante et doit être entretenue (49).

On pourrait imaginer, en plus de la formation initiale des futurs MSU, de proposer des formations complémentaires à la pédagogie aux MSU déjà formés. Le CNGE a mis en place des formations comme le séminaire « Certifier les compétences » à destination des MSU pour approfondir et mettre à jour leurs connaissances pédagogiques. Ces formations sont actuellement facultatives (49). La réduction de la part de formation dévolue à la pédagogie à sept heures par an dans le cadre du Développement Professionnel Continu, soit seulement un séminaire de deux jours tous les deux ans, contraint fortement la formation des maîtres de stage des universités (52). A leur échelle, les MSU s'organisent donc pour se rencontrer, faire évoluer et progresser leurs pratiques, avec par exemple les réunions de débriefing des trinômes en présence de l'interne en début et fin de stage. Les DUMG tentent aussi de palier à cette insuffisance de formation, à l'image du DUMG de Tours qui propose depuis 2014 des groupes de pairs pédagogiques dans chaque département.

Relation MSU-interne

Pour le MSU, la réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée se faisait principalement par le biais des questions de l'interne : temps de travail, organisation du cabinet, gestion de la vie de famille, remarques sur les modalités d'exercice. Ces questionnements entraînaient une réflexion partagée entre MSU et interne sur l'équilibre de vie. Ce « partage affectif » et cet enrichissement personnel sont retrouvés dans la thèse de E-M VIVOT (53), qui s'intéresse à la qualité de vie des MSU. La relation MSU-interne, qui se construit sur un stage de six mois, est ainsi décrite comme une vraie relation, permettant de

connaître le vécu et la personnalité de l'interne. Elle est source d'enrichissement personnel pour le MSU, qui en apprend davantage sur lui-même (53). On retrouve cette notion d'enrichissement réciproque dans la thèse de E. COUJARD de LAPLANCHE (54). Le stage permet un échange entre maître et élève, il ne s'agit pas d'une relation unilatérale, chacun progresse l'un vers l'autre. Le MSU apporte son vécu, son expérience, ses conseils, sa vision de la médecine générale, tandis que l'interne apporte ses connaissances récentes et un nouveau regard sur la pratique médicale. Il existe un échange entre MSU et interne : échange de compétences, d'attitude, de rythme, mais aussi un échange de l'interne vers le MSU, par l'ouverture sur d'autres pratiques (54). La thèse de E. ARNO-MOREAU (55) retrouve que la relation entre les internes et leur MSU est plutôt satisfaisante ou très satisfaisante. Cet aspect est important à prendre en compte dans l'évaluation de la formation de l'interne. En effet, la transmission des connaissances est dépendante de la qualité de la relation établie entre le maître et l'élève. Cette relation doit se baser sur une confiance mutuelle notamment pour la mise en autonomie de l'interne. Elle est cependant difficilement prévisible, dépendante des personnalités des deux intervenants. La relation personnelle influe ainsi sur la relation pédagogique, sur la qualité de l'enseignement et sur la satisfaction de l'interne concernant le stage. Il serait intéressant de se concentrer sur cette relation spécifique qui existe entre interne et MSU lors de prochaines recherches, pour en cerner les différents aspects : paternalisme, compagnonnage, mentorat ... ?

Une prise de recul à l'origine d'une modification de la pratique

La maîtrise de stage était l'occasion pour le MSU d'une remise en question via une prise de recul sur son exercice et sur l'organisation du cabinet. Au contact de l'interne, le MSU modifiait sa pratique. La présence de l'interne modifiait la relation médecin patient. Elle apportait un apaisement, mais aussi une stimulation, une mise à jour des connaissances, et une mise en confiance du MSU. La relation MSU-interne et le fonctionnement en trinôme apportaient un enrichissement mutuel. La notion de prise de recul est retrouvée dans la thèse d'AG. LE GALLO (42). L'interne permet d'explicitier le raisonnement clinique des MSU et entraîne chez eux une remise en question plus fréquente. Ce regard extérieur augmente la confiance en soi du médecin et son assurance devant le patient, et l'oblige à être plus attentif, plus rigoureux et donc plus performant. Ces résultats sont confirmés chez F.NICOLAS (56) : le regard d'un tiers induit chez les MSU une auto évaluation et une remise

en cause constante de leurs connaissances et de leurs techniques. Cette remise en question entraîne une pratique plus réflexive avec moins d'automatismes lors des consultations, et une meilleure transmission des compétences. Nous retrouvons ces notions chez A. JARNO-JOSSE (57) qui met en évidence six types d'impacts de la présence de l'interne sur le MSU. L'impact psychoaffectif concerne le plaisir, l'enthousiasme, la fierté à transmettre son savoir et à exercer, et la prévention du burn-out. La relation avec le patient est améliorée. L'impact psychomoteur concerne la modification de l'organisation professionnelle, avec l'augmentation du temps de consultation consacré à l'histoire du patient et au raisonnement clinique. L'impact métacognitif décrit une pratique plus réflexive, un nouveau sens donné au métier et une nouvelle identité de maître de stage. L'impact sur la qualité des soins désigne une meilleure gestion des situations médicales délicates et le sentiment d'un meilleur contrôle de la décision médicale. L'impact médico-économique comprend un allongement du temps de travail et une modification des revenus financiers variables selon l'implication du stagiaire. L'impact cognitif désigne la stimulation intellectuelle et la motivation pour son propre développement professionnel. Le contact avec l'interne permet au MSU d'assurer sa formation continue, par une mise à jour des connaissances, mais aussi en lui libérant du temps pour participer à des formations, lire des revues médicales ... (42,44,56). La maîtrise de stage participe, comme les formations du DPC, à la modification des pratiques (58).

Ces besoins de remise en question, de recul sur l'exercice peuvent être une source de motivation pour les médecins à devenir MSU (59). Les médecins généralistes veulent, par la maîtrise de stage, mettre à jour et partager leurs connaissances scientifiques et théoriques, éviter l'épuisement professionnel et augmenter leur intérêt pour la pratique. Ils souhaitent améliorer leurs compétences en médecine générale (59). Ces impacts très positifs de l'interne sur le MSU pourraient laisser penser que les médecins généralistes se bousculent pour devenir MSU : au contraire, le recrutement demeure difficile, et même si les effectifs progressent, ils restent insuffisants (60). S. LEFEVRE s'intéresse ainsi aux freins à la maîtrise de stage en Lorraine (61). Les principaux retrouvés sont le manque d'information, les modalités pour devenir MSU (lourdeur administrative, aménagement de l'emploi du temps), le manque de temps (consultations plus longues en présence d'un interne), la peur que l'interne perturbe la relation médecin-patient, une activité ou un cabinet non adapté à l'accueil d'un interne. Les médecins craignent également un jugement de la part de l'interne, un relationnel difficile avec l'interne, d'autant plus sur un engagement de six mois, et ont un

doute sur leurs capacités de formateurs. La réforme du DES de médecine générale, implique désormais deux stages ambulatoires obligatoires (Niveau 1 et SASPAS), et des discussions sont engagées pour allonger la durée du DES à quatre ans, avec quatre stages ambulatoires sur huit. Il faut donc continuer à former des MSU. Les aspects positifs de la maîtrise de stage pour le MSU pourraient être mis davantage en avant dans les campagnes de recrutement des MSU. Des initiatives ont déjà vu le jour comme le site « Devenir MSU » (62) qui rassemble témoignages, vidéos, questions/réponses, pour promouvoir la maîtrise de stage, le site « Médecin MSU » (63) des universités de Nice et Bordeaux avec sa web-série « Adopte un interne », ou la campagne promotionnelle de l'ISNAR « Devenez maître de stage » (64).

Comparaison avec la thèse de J.CROCHET

Nos résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la thèse de J. CROCHET, qui s'intéresse à la même problématique que la nôtre mais chez les internes : comment le stage de niveau 1 permet-il à l'interne de réfléchir sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée ? La réflexion sur l'équilibre de vie se faisait par un apprentissage implicite de la part du MSU : l'effet miroir par l'exemple et le contre exemple, essentiellement lors d'échanges informels. Cette réflexion se faisait également sous forme d'un apprentissage explicite où le MSU conseillait l'interne (organiser le temps de travail, déculpabiliser, se former), lui apprenait (à gérer le temps, gérer les conflits, savoir dire non, gérer les motifs de consultation), le protégeait (risque de burn-out), anticipait l'avenir (faire un SASPAS, remplacer), et enfin le rassurait sur sa profession future. Quand on interroge les internes sur l'équilibre vie privée/vie professionnelle, avant le stage de niveau 1, cela leur évoque essentiellement les appréhensions concernant leur futur exercice. Le stage rassure l'interne sur son futur métier par la mise en contact avec les MSU : la discussion, l'observation, l'envie de partager des médecins mais aussi la mise en situation d'exercice et la diversité des MSU.

Chez les MSU, les éléments indispensables pour garantir l'équilibre vie privée/vie professionnelle étaient : séparer la vie privée et de la vie professionnelle, accepter de faire des compromis, savoir gérer les patients, être capable de s'adapter, changer sa pratique, savoir se remettre en question, être à l'écoute, lutter contre le burn-out, continuer à se former et intégrer la vie universitaire. L'interne développe des outils similaires à ceux du MSU pour pouvoir atteindre son équilibre : avoir du temps libre, savoir se diversifier dans

son exercice, savoir dire non aux patients et les éduquer pour une relation adaptée, savoir s'organiser, séparer sa vie privée de sa vie professionnelle par le choix de son lieu de vie.

La volonté de bien faire son travail était retrouvée chez les MSU comme un objectif prioritaire. Chez les internes, aimer son travail était un point fort pour trouver un bon équilibre.

Enfin, la liberté de la profession avait souvent motivé le choix de carrière des MSU. Cette liberté de mode d'exercice était un atout majeur : exercice rural, urbain, choix des horaires, liberté de s'associer ou travailler seul, choix des vacances ... Les MSU insistent sur ces avantages liés à leur profession libérale. Cette liberté de choix d'exercice que permet la médecine générale est l'un des points forts noté par les internes pour pouvoir adapter son activité à l'équilibre souhaité.

Perspectives

Les questions de qualité de vie et d'équilibre vie professionnelle/vie privée sont heureusement de plus en plus médiatisées et prises en considération par les responsables politiques et universitaires.

A l'échelle nationale, M. Touraine a lancé une stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé en décembre 2016 (65), puis en mars 2017 son volet destiné aux professionnels de santé ambulatoires (66). Celui-ci comprend trois axes. Le premier objectif sera d'améliorer les conditions d'exercice avec la mise en place d'un observatoire national de la qualité de vie au travail et des risques psychosociaux des professionnels de santé; le soutien au développement de l'exercice coordonné sera renforcé ; les formations (initiales et continues) intégreront un module dédié à la prévention des risques psychosociaux et à la qualité de vie au travail ; et la prévention et le suivi médical des professionnels seront améliorés. Le deuxième objectif sera d'assurer la sécurité des soignants exerçant en ambulatoire ; une conférence départementale annuelle sera créée autour de la sécurisation de l'exercice des professionnels ; une campagne de communication sera lancée pour sensibiliser le grand public aux exigences de la relation soignant/soigné ; un guide et des fiches pratiques, seront diffusés auprès des professionnels pour prévenir et faire face aux incivilités et aux violences. Enfin le troisième objectif sera de prévenir et prendre en charge la souffrance au travail : une campagne de communication sera élaborée pour informer les professionnels sur

l'épuisement au travail et rappeler les dispositifs de soutien existants ; un dispositif d'écoute sera mis en place pour permettre aux professionnels confrontés à la souffrance au travail d'en parler à des personnels formés et d'être orientés, si nécessaire, vers des soins adaptés ; les formations de « soins aux soignants » seront développées. Les professionnels de santé avaient déjà anticipé le problème, avec la création de structures départementales ou régionales d'aide et de soutien aux soignants en difficulté : l'AAPML (Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux) (26), l'APSS (Association Pour les Soins aux Soignants) (27), l'association MOTS (67)...etc. Ces associations s'inspirent de programmes de santé déjà en place dans d'autres pays tels que le Programme d'Aide aux Médecins du Québec (68). L'association MOTS propose ainsi un numéro d'appel et des consultations d'aide par des confrères formés au soin des soignants. L'AAPML propose un numéro d'aide aux soignants. Le soin des soignants relevant de compétences particulières, des formations spécifiques voient le jour, comme le Diplôme Inter Universitaire intitulé « Soigner les soignants » créé par le Dr Eric Galam en 2015.

Plusieurs études ont montré que les problèmes de santé des médecins pouvaient survenir pendant l'internat (24,69) voire même dès l'externat (70). Les facultés prennent donc progressivement des initiatives comme la faculté de médecine de Tours avec la création d'un Bureau Interface Professeurs-Étudiants début 2017, inspiré de celui de la faculté de Pierre et Marie Curie de Paris. Celui-ci a pour objectif de proposer des interventions pour favoriser le bon déroulement des études de médecine et le bien-être des étudiants. Pour les internes, le projet SOS Interne Région Centre va voir le jour. Il permettra aide et soutien aux internes en difficulté.

CONCLUSION

L'état de santé des médecins généralistes, des internes, et des professionnels de santé en général est source de préoccupation pour les politiques et les représentants de ces professions. Les solutions proposées pour venir en aide aux confrères en détresse n'ont pas le succès attendu. La surcharge de travail est souvent invoquée comme un frein à une bonne prise en charge. Ces conditions de travail sont justement de plus en plus remises en question par les jeunes générations de médecins, qui recherchent un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Cette notion d'équilibre apparaît comme un préalable nécessaire pour prendre soin des patients et de soi-même. Elle est illustrée par la compétence professionnalisme, utilisée dans le référentiel de compétence des internes en médecine générale. Lors du stage de niveau 1, les internes vont côtoyer un maître de stage, au jour le jour, pour apprécier son fonctionnement, avant tout professionnel mais également personnel. Lors de cette rencontre, MSU et interne vont apprendre l'un de l'autre, et cela concerne aussi l'équilibre de vie.

Nous avons réalisé une étude qualitative auprès de douze MSU exerçant en Indre-et-Loire. Nous avons interrogé le ressenti des MSU sur ce que la maîtrise de stage leur a apporté dans leur réflexion sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

La maîtrise de stage permettait une réflexion partagée entre MSU et interne autour de l'équilibre de vie. A travers ses questions et ses remarques sur les modalités d'exercice, l'interne permettait une prise de recul et une remise en question du MSU. L'équilibre de vie était abordé par le biais de la compétence professionnalisme. Cette compétence n'est peut-être pas prioritaire pour un jeune interne. La réforme du troisième cycle avec l'obligation du SASPAS permettra aux internes et aux MSU de l'approfondir. Le MSU apparaissait comme un modèle de rôle : il représentait pour l'interne un rôle d'exemple. Il était source d'influence, l'interne pouvant s'en inspirer pour son exercice futur. Le MSU était conscient de ce rôle d'exemple et de son importance, ce qui participait à la valorisation du rôle. Insister sur l'importance de la formation initiale et encourager une formation continue pourraient optimiser la qualité pédagogique des MSU. Le contact avec l'interne apportait des bénéfices au MSU : modification de la pratique, apaisement, stimulation, mise à jour des connaissances et mise en confiance. Ces bénéfices sont à mettre en avant pour améliorer le

recrutement de futurs maîtres de stage. La réflexion sur l'équilibre de vie se faisait par un apprentissage implicite : l'effet miroir par l'exemple, le contre exemple, essentiellement lors d'échanges informels. La réflexion se faisait également sous forme d'un apprentissage explicite. Le MSU conseillait l'interne sur l'organisation du temps de travail, le déculpabilisait, l'encourageait à se former. Il lui apprenait à gérer le temps et les motifs de la consultation, mais aussi gérer les conflits, apprendre à dire non. Le MSU encourageait l'interne à réfléchir au risque de burn-out, anticipait avec lui l'avenir, lui conseillait de faire un SASPAS et de remplacer. Enfin le MSU rassurait l'interne sur sa profession future. Nos résultats sont comparables à ceux de J. CROCHET, qui s'intéresse à la même problématique mais chez les internes : le stage rassure l'interne sur son futur métier, et l'interne développe des outils similaires à ceux du MSU pour pouvoir atteindre son équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

La maîtrise de stage permet au MSU de réfléchir à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, grâce au contact avec l'interne, et au rôle de modèle qu'il incarne. Il serait intéressant, lors de prochaines recherches, de se concentrer sur la relation particulière qui existe entre interne et MSU, pour en cerner plus précisément les aspects. Avec la réforme du DES et l'obligation du SASPAS, nous pouvons nous demander si la place de la compétence professionnalisme va changer : sera-t-elle davantage abordée ? Enfin, la formation pédagogique des MSU sera un élément déterminant des années à venir : comment améliorer la formation initiale ? Quelle formation continue ? Impliquer les MSU dans le processus d'apprentissage par compétences, c'est reconnaître l'importance de leur rôle dans la formation des internes. L'intérêt récent aux problématiques d'équilibre vie professionnelle/vie privée est un premier pas pour, à l'avenir, permettre aux internes, médecins, et autres professionnels de santé de trouver l'équilibre de vie le mieux adapté à leurs besoins.

REFERENCES

1. LERICHE B, FAROUDJA JL, MONTANE F, MOULARD J-C. Le médecin malade. Rapport de la commission nationale permanente. CNO [Internet]. 2008 [cité 9 oct 2016];28. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
2. DREES. Santé physique et psychique des médecins généralistes - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2010 [cité 27 août 2015]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes,6581.html>
3. Observatoire régional de la santé de Rhône Alpes, HURTEBIZE P. Trop de médecins négligent leur santé. | Base documentaire | BDSP [Internet]. 2009 [cité 12 août 2016]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=automedication%20%2B%20medecin%20generaliste&_sort=auto&_start=23
4. DREES. Les conditions de travail des médecins généralistes. Portrait des professionnels de santé. Edition 2016. [Internet]. [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche18-3.pdf>
5. BONNET C, LEMERY B, AUBRY C et al. Le Panel des médecins généralistes de Bourgogne : enquête sur la santé physique et psychique des médecins bourguignons. 2010. [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/10/PANEL-BURN-OUT.pdf>
6. LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la santé. 2009. n°144. [Internet]. [cité 21 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
7. DUSMENIL H, SERRE BS, REGI J-C, LEOPOLD Y, VERGER P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. 5 oct 2009;Vol. 21(4):355- 64.
8. GAUTIER A, INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. INPES [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.alzheimer.inpes.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/prevention-EPS-ETP.pdf>
9. ROSSI O. Etat de santé des médecins généralistes de la Loire [Thèse d'exercice de médecine]. Saint Etienne; 2012.
10. HEMAR D, REILLE V. Etat de santé des médecins généralistes libéraux du département du Nord en 2011 [Thèse d'exercice de médecine]. Lille; 2012.

11. NOUGER Frédéric. Les médecins généralistes et leur santé. Thèse d'exercice de médecine. Université de Poitiers. 2004. 146p. [Internet]. [cité 9 août 2016]. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_nouger.pdf
12. SUTY.R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé. Thèse d'exercice de médecine. Université de Lorraine. 2006. 165p [Internet]. [cité 22 oct 2017].
13. GALICE L. La santé des médecins généralistes libéraux français. Thèse d'exercice de médecine. Université de Toulouse. 2014. 65p [Internet]. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/442/1/2014TOU31017.pdf>
14. BERGER Carole. Motivations et obstacles au comportement de prévention des médecins généralistes envers leur propre santé. Thèse d'exercice de médecine. Université de Poitiers. 2004. 247p. [Internet]. [cité 25 juillet 2016]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/2b7440d3-b7fd-4527-9f33-88943175aa27>
15. MANZANO M, LHUILIER D. Processus de construction du rapport des médecins généralistes libéraux à leur propre santé: retour sur une recherche-action menée en Haute-Normandie. [cité 9 oct 2016]; Disponible sur: http://sante-indep.sciencesconf.org/conference/sante-indep/program/Manzano_Lhuillier_processus_de_construction_sept_2013.pdf
16. BONNEAUDEAU S. Le médecin/malade : Un patient comme les autres ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT-PARIS; 2011 [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3583_These_Medecin_Malade-Bonneau-deau-05juil11.pdf
17. CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, et al. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. La presse médicale, 2004, tome 33, n°22, p1569-74 [Internet]. [cité 25 juill 2016].
18. ROMANET Audrey. Le médecin généraliste et sa santé : un parcours de soin approprié ? Thèse d'exercice de médecine. Université de Nice. 2015. 123p. [Internet]. [cité 17 oct 2016]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01297104/document>
19. GOMBERT A. Les attentes des médecins généralistes concernant leur prise en charge médicale sont-elles en adéquation avec les interventions proposées ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine]. Université d'Angers; 2010 [cité 8 août 2016]. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20000877/2011MCEM469/fichier/469F.pdf>
20. VERJUS AL. Médecins libéraux de Savoie et d'Isère : étude épidémiologique des besoins d'un système de soins dédié à leur propre santé [Thèse d'exercice de médecine]. Grenoble; 2012.
21. LABELLE Guillaume. Autoprescription médicamenteuse des médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine. Université Claude Bernard-LYON 1. 2013. 95p. [Internet]. [cité 14 oct 2015].

22. JOSEPH JP, BERTRAND D, DEMEAUX JL. Le généraliste et son médecin traitant. Exercer. 2011, volume 22, N°95, p20-21 [Internet]. [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/95/supp/1/page/20/pdf/>
23. DAMIEN B. Pourquoi si peu de généralistes désignent un confrère comme médecin traitant ? [Thèse d'exercice de médecine]. Bordeaux; 2009.
24. MOURGUES JM, LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle. La santé des étudiants et jeunes médecins. CNOM. 2016. [Internet]. [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf
25. Imhotep Haute-Normandie [Internet]. [cité 12 août 2016]. Disponible sur: <http://imhotepnh.blogspot.com/>
26. AAPML [Internet]. AAPML. [cité 12 août 2016]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
27. APSS-santé [Internet]. [cité 30 sept 2016]. Disponible sur: <http://apss-sante.org/>
28. SOIGNER LES SOIGNANTS - DIU-de-Soignants-2015-2016.pdf [Internet]. [cité 12 août 2016]. Disponible sur: <http://syngof.fr/wp-content/uploads/2015/09/DIU-de-Soignants-2015-2016.pdf>
29. MICHEAU Julie, MOLIERE Eric. L'emploi du temps des médecins libéraux. Dossiers solidarité et santé. DREES. 2010. N°15 [Internet]. [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf>
30. BARANES D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France [Thèse d'exercice de médecine]. Versailles; 2016.
31. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne et professionnelle ? [Internet]. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: http://www.jle.com/download/med-277043-comment_les_generalistes_jugent_ils_leur_vie_quotidienne_privée_et_professionnelle_une_enquete_aupres_des_medecins_femmes_et_hommes_d--WDtCC38AAQEAAHKJNwkAAAAR-a.pdf
32. Rapport ONDPS 2006-2007 [Internet]. [cité 15 déc 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf
33. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Université de Médecine Générale Bruxelles [Internet]. 2002 [cité 4 nov 2016]; Disponible sur: http://dmgp13.fr/IMG/pdf/definition_europeenne_de_la_medecine_generale_-_wonca_2002.pdf
34. CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009. [Internet]. [cité 6 janv 2017]. Disponible sur: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Referentiel_Metier_et_Compétences_MG.pdf

35. COMPAGNON L, BAIL P, HUEZ JF, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer*, 2013, Volume 24, N°108p 148-55 [Internet]. [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/108/page/148/pdf/>
36. PESTIAUX D, VANWELDE C. Devenir médecin généraliste. *Can Fam Physician*. mars 2007;53(3):391- 2.
37. BLOY G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. *Rev Fr Aff Soc*. 16 déc 2011;(2- 3):9- 28.
38. BLOY G. À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. *Rev Fr Aff Soc*. 3 juill 2014;(1- 2):169- 91.
39. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale: le cas du stage chez le praticien. *Rev Fr Aff Soc*. 2005;(1):101–125.
40. CHAMBERLAND M, HIVON R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale*. mai 2005;6(2):98- 111.
41. DOPPELT BENITAH N. Propositions issues des sciences managériales afin d'attirer plus d'internes de médecine générale à devenir médecins généralistes. Thèse d'exercice de médecine. Université Paris 7. 2016. [Internet]. [cité 6 févr 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4999_Doppelt-Benitah_These.docx
42. LE GALLO AG. Prévention du burn-out par la présence d'un interne au cabinet : enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes MSU du Finistère. Thèse d'exercice de médecine. Université de Brest. 2012. 125p [Internet]. [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717231/document>
43. BRABANT Yann, ALLORY Emmanuel. Evaluation du SASPAS par les MSU 10 ans après sa mise en place. *Exercer*, 2014, volume 25, n°112, p12-13 [Internet]. [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/112/supp/1/page/12/pdf/>
44. JARNO JOSSE Anna. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel. Thèse d'exercice médecine. Université de Brest. 2011. 82p [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/2011.06.03%20th%C3%A8se%20jarno_josse_0.pdf
45. CROCHET J. Le stage de niveau 1 : un moment clé dans le processus de réflexion des internes de médecine générale sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle [Thèse d'exercice de médecine]. Tours; 2017.
46. MELIANI V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Rech Qual-Hors Sér*. 2013;15:435–452.

47. Définition du professionnalisme - CNGE Nice [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Professionnalisme.pdf>
48. S. CHARTIER, J.LE BRETON, E.FERRAT, et al. L'évaluation dans l'approche par compétences en médecine générale. Revue Exercer 203; 108 : 171-7. [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/108/page/171/pdf/>
49. C. COUTON. Evaluation formative des internes de médecine générale en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à la faculté de médecine de Tours : bilan de l'expérimentation de deux outils. Thèse d'exercice de médecine. Tours. 2015. [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2015_Medecine_CoutonCatherine.pdf
50. BACONET N. Perceptions de la compétence professionnalisme par les internes de médecine générale [Internet] [Résumé - Thèse d'exercice de médecine]. Lille; 2013 [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-399>
51. Enquête nationale CNGE. 2014 [Internet]. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Synthese_Enquete_nationale_CNGE_2014.pdf
52. Communiqué de presse SNEMG : L'ANDPC diminue la part de la formation dévolue à la maîtrise de stage en contradiction avec la politique de Madame la Ministre de la Santé [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_pr esse_snemg_landpc_diminue_la_part/
53. VIVOT E-M. La maîtrise de stage en médecine générale : Un moyen de valoriser l'exercice professionnel du médecin généraliste ? Thèse de médecine. Université de Lorraine. 2012, 499p [Internet]. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2012_VIVOT_EVE_MARIE.pdf
54. E.COIJARD de LAPLANCHE. Quels sont les freins des médecins généralistes à devenir maîtres de stage des universités ? Thèse d'exercice de médecine. Université de Limoges. 2016. 137p [Internet]. [cité 19 oct 2017]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/a13e9311-acf5-44ef-8ad2-09d6aca82740/blobholder:0/M20163119.pdf>
55. E.ARNO-MOREAU. Evaluation du stage chez le praticien par les internes de médecine générale niçois. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de Nice. 2016 [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01367267/document>
56. NICOLAS F. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute Normandie. Thèse d'exercice de médecine, 2014, Faculté de Rouen. [Internet]. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109998/document>

57. JARNO-JOSSE Anna. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage ambulatoires, *Exercer* 2011, Volume 22, N°98, p141-142 [Internet]. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/98/page/141/pdf/>
58. M. BUFALA. Maîtrise de stage et développement professionnel continu : influence de la fonction de MSU sur le développement des compétences d'un médecin généraliste. Thèse de médecine. Université de Nice. 2015 [Internet]. [cité 4 oct 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01161901/document>
59. CADWALLER JS, VAILLANT ROUSSEL H, BOULET P, et al. Motivations des médecins généralistes à devenir maître de stage des universités. *Exercer*, 2015, volume 26, N°117, p33-39 [Internet]. [cité 9 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr/numero/117/page/33/pdf/>
60. Communiqué de presse CNGE/SNEMG : Maître de stage des universités et stages de médecine générale [Internet]. [cité 23 sept 2017]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_pr esse_cngesnemg_maitre_de_stage_des/
61. LEFEBVRE S. Les freins à la maîtrise de stage universitaire chez les médecins généralistes de Lorraine non maîtres de stage universitaires pour le Troisième Cycle des Etudes Médicales en 2014 [Thèse d'exercice de médecine]. Nancy; 2015.
62. Devenir MSU [Internet]. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/devenirmsu/home>
63. Devenir Maître de Stage des Universités (MSU) - Médecins Généralistes [Internet]. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.medecinmsu.fr/devenir-ma%C3%A9tre-de-stage-des-universit%C3%A9s>
64. Devenez Maître de stage! [Internet]. ISNAR-IMG. 2016 [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/devenez-maitre-de-stage/>
65. Marisol Touraine lance une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé - Communiqués de presse - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 13 janv 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-strategie-nationale-d-amelioration-de-la-qualite-de>
66. Marisol Touraine présente le volet ambulatoire de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-presente-le-volet-ambulatoire-de-la-strategie-nationale-d>
67. Association MOTS [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.association-mots.org/>

68. PAMQ [Internet]. PAMQ. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.pamq.org/>
69. BOUTEILLER M., CORDONNER D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. Thèse d'exercice de médecine. Faculté de Grenoble. 2013. 225p [Internet]. [cité 23 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00835895/document>
70. A. DANSET. La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot, une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique. Thèse d'exercice de médecine. Tours. 2017 [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/2017_Medecine_DansetAlban.pdf

ANNEXE 1 - Guide d'entretien

- 1) Si je vous dis « équilibre vie professionnelle/vie privée », à quoi pensez- vous ?
 - *temps de travail, vacances*
 - *famille*
 - *loisirs, sports*

- 2) Que pouvez-vous me dire sur votre équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *obstacles, difficultés*
 - *satisfaction*
 - *choses à améliorer*

- 3) Vous êtes maître de stage de niveau 1. Pouvez-vous me dire quel impact, le contact avec l'interne au quotidien, a pu avoir sur votre réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée ?

- 4) Concernant la compétence professionnalisme, et plus particulièrement l'équilibre vie professionnelle/vie privée, comment l'abordez-vous avec l'interne ?
 - *Vous arrive-t-il d'aborder cette question ?*
 - *comment l'amenez-vous à réfléchir sur ce point ?*

- 5) Comment pensez-vous influencer l'interne dans son futur mode d'exercice, particulièrement sur son futur équilibre de vie ?
 - *modèle de rôle*

ANNEXE 2 – Guide entretien modifié N°1

- 1) Si je vous dis « équilibre vie professionnelle/vie privée », à quoi pensez-vous ?
 - *temps de travail, vacances*
 - *famille, loisirs, sports*

- 2) Que pouvez-vous me dire sur votre équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *obstacles, difficultés*
 - *satisfaction*
 - *choses à améliorer*

- 3) Cet équilibre, qu'est-ce qui a pu le modifier au fil des années ?
 - *vie de famille*
 - *maîtrise de stage ?*

- 4) Vous êtes maître de stage de niveau 1. comment le fait d'être maître de stage a pu modifier sur votre réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *posture, dynamique*

- 5) Vous savez que dans la compétence professionnalisme apparaît la gestion du temps de travail. Concernant la compétence, et plus particulièrement l'équilibre vie professionnelle/vie privée, comment l'abordez-vous avec l'interne ?
 - *Vous arrive-t-il d'aborder cette question ?*
 - *comment l'amenez-vous à réfléchir sur ce point ?*

- 6) Comment pensez-vous influencer l'interne dans son futur mode d'exercice, particulièrement sur son futur équilibre de vie ?
 - *modèle de rôle*

ANNEXE 3 – Guide entretien modifié N°2

- 1) Si je vous dis « équilibre vie professionnelle/vie privée », à quoi pensez- vous ?
 - *temps de travail, vacances*
 - *famille, loisirs, sports*

- 2) Que pouvez-vous me dire sur votre équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *obstacles, difficultés*
 - *satisfaction*
 - *choses à améliorer*

- 3) cet équilibre, qu'est-ce qui a pu le modifier au fil des années ?
 - *vie de famille*
 - *maîtrise de stage ?*

- 4) Vous êtes maître de stage de niveau 1. Comment la maîtrise de stage a pu modifier votre réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *posture, dynamique*

- 5) Vous savez que dans la compétence professionnalisme apparaît la gestion du temps de travail. Concernant la compétence, et plus particulièrement l'équilibre vie professionnelle/vie privée, comment l'abordez-vous avec l'interne ?
 - *Vous arrive-t-il d'aborder cette question ?*
 - *comment l'amenez-vous à réfléchir sur ce point ?*

- 6) Comment pensez-vous influencer l'interne dans son futur mode d'exercice, particulièrement sur son futur équilibre de vie ?
 - *modèle de rôle*

ANNEXE 4 – Guide entretien modifié N°3

- 1) Si je vous dis « équilibre vie professionnelle/vie privée », à quoi pensez- vous ?
 - *temps de travail, vacances*
 - *famille, loisirs, sports*

- 2) Que pouvez-vous me dire sur votre équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *obstacles, difficultés*
 - *satisfaction*
 - *choses à améliorer*

- 3) cet équilibre, qu'est-ce qui a pu le modifier au fil des années ?
 - *vie de famille*
 - *maîtrise de stage ?*

- 4) Vous êtes maître de stage de niveau 1. Comment la maîtrise de stage a pu modifier votre réflexion sur l'équilibre vie professionnelle/vie privée ?
 - *posture, dynamique*

- 5) Vous savez que dans la compétence professionnalisme apparaît la gestion du temps de travail. Concernant la compétence, et plus particulièrement l'équilibre vie professionnelle/vie privée, comment l'abordez-vous avec l'interne ?
 - *Vous arrive-t-il d'aborder cette question ?*
 - *comment l'amenez-vous à réfléchir sur ce point ?*

- 6) Quel rôle pensez-vous avoir par rapport à l'interne sur son futur mode d'exercice, et particulièrement sur son futur équilibre de vie ?
 - *modèle de rôle*

ANNEXE 5 - Questionnaire complémentaire :

Vous êtes :	<input type="checkbox"/> un homme <input type="checkbox"/> une femme
Votre âge : ans
Votre lieu d'exercice :	<input type="checkbox"/> urbain <input type="checkbox"/> rural <input type="checkbox"/> semi-rural
Votre mode d'exercice :	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en groupe
Votre temps de travail total : (toute activité confondue)	<input type="checkbox"/> plus de 50h/semaine <input type="checkbox"/> moins de 50h/semaine
Vous êtes MSU depuis : ans
Combien d'internes de niveau 1 avez-vous accueilli ?
Votre situation familiale :	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en couple <input type="checkbox"/> Avec enfant à charge <input type="checkbox"/> sans enfant à charge
A quelle fréquence en moyenne pratiquez-vous ces activités ?	<input type="checkbox"/> Activité physique : fois/semaine <input type="checkbox"/> Aller au cinéma, concert, théâtre :....fois/semaine <input type="checkbox"/> Aller au restaurant, bar, café :....fois/semaine <input type="checkbox"/> Loisirs en famille ou entre amis : ... fois/semaine

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

LECOMTE Perrine

90 pages – 1 tableau – 1 schéma

Introduction : Les médecins généralistes ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leur équilibre personnel pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (WONCA). Dans la formation des internes en médecine générale, cette notion correspond à la compétence professionnalisme. Le stage de niveau 1 permet aux internes de se projeter dans le quotidien d'un aîné. MSU et interne vont apprendre l'un de l'autre, échanger leurs pratiques pour un enrichissement mutuel, qui concerne aussi l'équilibre de vie. L'objectif principal de ce travail était d'explorer le ressenti des MSU sur ce que la maîtrise de stage avait apporté dans leur réflexion sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Méthodes : Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 12 MSU exerçant en Indre-et-Loire.

Résultats : La maîtrise de stage permettait une réflexion partagée entre MSU et interne autour de l'équilibre de vie. L'interne posait des questions et faisait des remarques sur les modalités d'exercice, entraînant une prise de recul et une remise en question pour le MSU. Le contact avec l'interne permettait une modification de la pratique, un apaisement, une stimulation, une mise à jour des connaissances et une mise en confiance du MSU.

Discussion : L'équilibre de vie est abordé à travers la compétence professionnalisme. Le MSU apparaît comme un modèle de rôle. Nos résultats sont comparables à ceux de J. CROCHET qui s'intéresse à la même problématique mais côté interne.

Conclusion : Le stage de niveau 1 est l'occasion pour le MSU de réfléchir avec l'interne sur la notion d'équilibre de vie. Le partage de cette réflexion entraîne chez le MSU une remise en question, qui est un premier pas pour un équilibre de vie satisfaisant. D'autres pistes restent encore à explorer pour permettre aux professionnels de santé un épanouissement professionnel autant que personnel.

Mots-clés : équilibre de vie, maîtrise de stage, professionnalisme, médecine générale, vie professionnelle, vie personnelle, modèle de rôle

Jury :

Président : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine – Tours

Directrice de thèse : Dr Alice PERRAIN, Médecine Générale, La Croix-En-Touraine

Membres du jury :

Professeur Laurent BRUNEREAU, Radiologie et Imagerie Médicale, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de médecine – Tours

Professeur Dominique PERROTIN, Réanimation médicale, Médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Date de soutenance : 28 novembre 2017