



Faculté de médecine

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Céline ROUSSELOT

Née le 13/10/1986 à Vesoul (70)

TITRE

Étude comparative de l'équilibre de vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes libéraux en activité du Cher âgés de 40 ans et moins et de 55 ans et plus.

En terme de perception de satisfaction professionnelle, de qualité de vie, de présence d'un conflit travail-hors travail et de l'apparition de syndrome d'épuisement professionnel.

Présentée et soutenue publiquement le **26 novembre 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, transfusion, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : **Docteur Alain ESSAYAN, Médecine Générale – CH Vierzon**

UNIVERSITE DE TOURS
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 Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

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 GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
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
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Héléne.....	Biochimie et biologie moléculaire
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
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
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
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	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-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
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	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
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
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET DonatienSoins palliatifs
POTIER AlainMédecine Générale
ROBERT JeanMédecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY CatherineAnglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BERHOUEZ JulienChirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT PaulPsychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE AgnèsBiostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY NicolasCardiologie
DENIS Frédéric.....Odontologie
DOMELIER Anne-SophieBactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR DianeBiophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS GéraldinePédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON Antoine.....Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU CyrilleImmunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
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 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

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.

REMERCIEMENTS :

Au Professeur Patrice Diot, Doyen de la Faculté de Médecine de Tours,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Professeur Anne-Marie Lehr-Drylewicz,

Je vous remercie de votre présence à mon jury de thèse. Je vous remercie également pour votre accompagnement au cours de mon internat en tant que tutrice.

Au Professeur Emmanuel Gyan,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

Au Docteur Essayan,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail, avec autant de bienveillance et d'enthousiasme. Merci pour l'enseignement qu'a été le travail avec vous, tant au cours de cette thèse que durant mon stage de médecine polyvalente au CH de Vierzon. Ce fut pour moi un plaisir et une richesse de croiser votre chemin.

Au Professeur Philippe Colombat,

Je regrette que vous n'ayez pu prendre partie à mon jury. Je vous remercie de votre relecture et de vos nombreuses suggestions.

A tous les médecins généralistes du Cher,

Merci de votre participation et de vos diverses annotations et marques d'encouragement que je garderai bien en mémoire.

Merci à toutes les secrétaires pour leur patience et leur calme. Je suis consciente de vous avoir harcelé pendant 8 semaines.

Merci aux Docteurs Geneviève Macet et Jessica Barré pour leur aide en amont et lors des phases de relance auprès des médecins pendant l'enquête.

Merci à David, pour ses mises en relation avec les médecins que je connaissais pas.

Merci à Nico, José et Kevin pour vos avis sur la mise en action et le traitement des données statistiques.

Merci à TOUS pour votre participation à la relecture, aux corrections de mes nombreuses fautes d'orthographe, de grammaire, de syntaxe, de mon manque poignant de synonymes...

Merci à Vivi, avec mon anglais on allait pas aller loin !

Et notamment un grand merci à Brigitte.

A tous mes professeurs et maîtres de stage tout au long de mon parcours, de la P1 à aujourd'hui

Tous à votre manière, vous avez fait que j'en suis là aujourd'hui.

Je pense notamment au professeur Bernard Paratte, à cet arrêt de quelques instants mais tellement important, de cette « petite respiration »... Je pense aussi aux Docteurs Lionel Petit et Florent Meunier pour cet été en gériatrie qui m'a fait découvrir le patient réel bien loin de ceux des livres. Aux Professeurs Emmanuel Haffen et Régis Aubry pour leur perspicacité...

À Nathalie et toute la bande de Bezak'

Merci à toute l'équipe de l'hôpital de Saint-Amand-Montrond, à cette belle année qui m'a permis de grandir. À Sylvie et nos nuits... Je ne suis toujours pas capable de garder un stylo plus d'une journée et je suis toujours une cleptomane de stylos.

Merci aux Docteurs Denis Moyer, Marie-José Bon-Menet, Stéphane Guéraud, Marie-Françoise Rivière. Vous rencontrer et vous suivre en stage fut tellement riche d'enseignements pour moi.

À mes co-internes,

Merci à Florence, une présence et un guide dès la sortie du camion de déménagement jusqu'au premier remplacement.

Merci à Frédéric et Florence pour m'avoir guidée dans ces premiers moments d'exercice libéral.

Merci à Isabelle, mes ordonnances sont plus carrées grâce à toi.

Merci à Lazhar et Myriam, vous y êtes pour beaucoup...

Merci à Jean-Baptiste, Catherine, Alexandra, Romain et Isabelle vous m'avez tellement apporté, je sais que vous y êtes pour tellement.

Je ne peux pas tous vous nommer mais quand je repense à ces périodes, tant de sentiments émergent.

À mes patients,

À ceux que j'ai rencontré lors de mes études mais surtout aux patients que j'ai pu suivre sur Aubigny. Vous êtes la raison pour laquelle j'aime autant ce métier.

Merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement, c'est le cœur lourd que je vais faire mes cartons.

A ma famille,

A mes parents, merci de m'avoir soutenue, encouragée et surtout supportée (dans tous les sens du terme) toutes ces années. Merci de m'avoir permis de faire ces études et de m'avoir accompagnée et soutenue durant tout ce temps.

Il y a eu des moments de grande joie (non tu déconnes 35, mais il fume le petit cousin...), les moments difficiles (l'insert de cheminée s'en souvient encore), les décisions importantes (Tours-Dijon-Besançon), vous avez toujours été là pour moi, je vous aime plus que ces quelques lignes peuvent le montrer. J'aurais mis le temps mais je suis un diesel...

À mes frères, merci d'avoir été là dans les bons comme les mauvais moments. Merci pour vos appels et mots d'encouragement dans les nombreux moments durs, merci pour tout.

À Joshua et Eden, je n'ai pas souvent été là pour vous, mais promis j'essaierai d'être plus présente maintenant. Je vous fais pleins de bisous.

À Roger et Marie Claude, merci de la confiance que vous m'accordez, même dans les moments où il était difficile de me suivre.

A toute ma famille et belle-famille...

A ceux qui ne sont plus là.

A mon grand-père, et oui ça y est, c'est fait je suis docteur.

A Marie-Louise, et oui tu avais raison, j'en étais capable.

A mes amis,

À Laura, Kevin et leur petit Alexandre. Vous êtes géniaux, je suis tellement heureuse de vous compter parmi mes amis et j'ai tellement hâte que l'on soit plus proches géographiquement, parce que j'ai l'oreille qui chauffe des fois... Surtout quand tu mets tes oreillettes !

À Nenex et Elo et vos deux trésors, en premier lieu on a hâte d'être en février... Puis vivement les chasses de la saison prochaine, est-ce que la Franche-Comté a-t'elle déjà été totalement pillée ? Il va falloir vérifier cela. Je vais t'enseigner mes techniques de sioux mon petit vésulien.

À Fab et Marina, à votre bonheur à venir.

Aux Berrichons, pure souche ou d'importation. Fred et Mélanie, désolé pour votre transat, mais j'avais trop froid ; Laurent je t'aurais un jour je t'aurais !!!(11-0 ; 11-1 ; 11-2 c'est ce que j'appelle de la progression) ; aux Tétiaux et Manu je suis sûr que les lasagnes tatins auront du succès un jour ; à Lydie ma petite dame tisanes, A Michel et Viviane là c'est bon on va avoir le temps de se refaire des soirées, A Pierre et Raymonde et toute la Poupardie.

À Delphine, tu es pour moi plus qu'une collègue, mais une véritable amie. La distance n'est qu'un concept. Et c'est beau la Franche-Comté !

À Catinca, à nos futurs blind-tests autour d'une pizza !

À Léa, tu vas voir l'internat ça se fait, tu vas même t'y plaire surtout sous le soleil :-)

Un grand merci à Yves et Laurence, pour leur belle main tendue dans un hiver compliqué.

À mon Loulou, je t'aime quand même sacrée boule de poils. MAIS ne t'approche plus jamais de mon ordinateur ! A ma Mamie Belette.

Et pour finir...

Merci à toi Nicolas. Merci pour tous ces moments à tes côtés. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci de m'avoir accompagnée (mais surtout supportée) pendant tout ce « long » travail. Merci de ta présence et ton soutien. A notre futur, ici ou ailleurs, mais ensemble et le plus tôt possible avec notre petite tribu.

Je t'aime mon cœur, plus que je ne saurais jamais te le dire ou te l'écrire.

Résumé :

La qualité de vie au travail et ses déterminants sont devenus une préoccupation du monde professionnel dont quelques études concernent les médecins généralistes (MG).

L'objectif de cette thèse était d'étudier chez les MG libéraux du Cher :

- 1) Les niveaux de ressentis et les facteurs prédictifs de qualité de vie personnelle (QdVP) et sociale (QdVS), de satisfaction professionnelle (SP), de perception de conflit travail-hors travail (CTHT) ;
- 2) La fréquence de survenue et les facteurs prédictifs d'un syndrome d'épuisement professionnel (SEP) en étudiant notamment le rôle de l'âge par comparaison des MG de 40 ans et moins et de 55 ans et plus.

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale via un questionnaire comprenant différentes échelles de mesure dont l'*Echelle de Satisfaction de Vie Professionnelle* (ESVP), des échelles d'auto-évaluation analogiques de QdVP et QdVS, une partie de l'échelle de *Survey Work-Home Interaction Nijmegen* (SWING) et le *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

Le taux de réponse est de 67 % (137/204).

Les moyennes retrouvées sont : SP : 24,06/35, QdVP : 6,4/10, QdVS : 6,23/10, CTHT : 9,53/24.

Les taux retrouvés par le MBI sont : SEP : 37 %, Épuisement émotionnel élevé : 17 %, Dépersonnalisation élevée : 24 %, Accomplissement professionnel bas : 17 %.

La seule différence statistiquement significative retrouvée entre les classes d'âge concernait la QdVP ($p=0,047$), avec une évaluation moyenne supérieure de 0,9/10 chez les plus jeunes.

Selon les variables étudiées, le nombre de consultations quotidiennes, le nombre d'heures de travail hebdomadaire, le fait de vivre seul ou en couple, et d'être MG installé ou remplaçant apparaissent comme des facteurs prédictifs.

Mots-clés : Médecin généraliste, Qualité de vie, Épuisement professionnel, Charge de travail, Génération

Abstract :

The work quality of life and its determining factors is becoming a business world's concern, and there are not many studies about general practitioners (GP).

The purpose of this thesis was to study among Cher GP's :

- 1) Feeling levels and predictive factors of personal (PQOL) and social quality of life (SQOL), job satisfaction (JS) and perception of the work-home conflict (WHC) ;
 - 2) Rate and predictive factors of professional burnout (PB)
- and to assess more specifically the role of age by studying the differences between GP aged 40 or less and 55 or more.

We did a crossed descriptive study via a questionnaire composed of different scales amongst which the *Echelle de Satisfaction de Vie Professionnelle* (ESVP) (*Satisfaction Scale of Professional Life*), analog scales of self-evaluation of PQOL and SQOL, a part of the scale of *Survey Work Home Interaction Nijmegen* (SWING) and the *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

We got 67 % (137/204) of answers.

The averages found are : JS : 24.06/35, PQOL : 6.4/10, SQOL : 6.23/10, WHC : 9.53/24.

The MBI rates found are : PB : 37 %, High emotional exhaustion : 17 %, High depersonalization : 24 %, Low professional accomplishment : 17 %.

The only statistically significant difference between the ages we studied was on the PQOL (p=0.047) with an average evaluation 0.9/10 higher among the youngest.

Depending on studied variables, number of daily office visits, number of weekly work hours, being single or in a couple, and being holder or substitute GP, turn out to be predictive factors.

Keywords : General Practitioner, Quality of life, Professional Burnout, Workload, Generation

LISTE DES ABREVIATIONS :

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et aux Médecins Libéraux
ADELI : Automatisation des listes
ANPE : Agence Nationale pour l'Emploi
AP : Accomplissement Professionnel
APL : Accessibilité potentielle localisée
ARS : Agence Régionale de Santé
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CTHT : Conflit travail-hors travail
DP : Dépersonnalisation
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EE : Épuisement Émotionnel
EGPRN Study Group : European General Practice Research Network Burnout Study Group
ESVP : Échelle de satisfaction professionnelle
EVA : Échelle visuelle analogique
FMC : Formation médicale continue
FMF : Fédération des Médecins de France
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
MBI : Maslach Burnout Inventory
MG : Médecin généraliste
MOTS : Médecin, Organisation, Travail, Santé
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire / Pluriprofessionnelle
MSU : Maître de Stage Universitaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odds-Ratio
QdV : Qualité de vie
QdVP : Qualité de vie personnelle
QdVS : Qualité de vie sociale
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SEPS : Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants
SP : Satisfaction professionnelle
SWING : Échelle Survey Work-Home Interaction Nijmegen
URLM : Union Régionale des Médecins Libéraux
WHI : Work-Home Interaction
WHOQOL Group : World Health Organization Quality of Life Group
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

INTRODUCTION :	22
I) PROBLEMATIQUE.....	23
A) Evolution structurelle de la Médecine Générale depuis l'après-Guerre : impact des changements de politique de santé sur la démographie médicale.....	23
1) Après-Guerre, le contexte.....	23
2) Le retard sanitaire français (années 1950).....	23
3) Instauration de la Sécurité Sociale (1945) et efficacité renforcée par le décret Bacon (1960).....	23
4) Evolution des effectifs de médecins généralistes suite au décret Bacon.....	24
5) Instauration du <i>numerus clausus</i> et sa régulation ou comment passer de la « pléthore » médicale à la pénurie ?.....	24
a) De la pléthore.....	24
b) ...À la pénurie.....	24
B) Le Cher : un département qui cristallise des tensions démographiques au sein de sa population et chez les médecins généralistes libéraux.....	26
1) Population générale du Cher.....	26
2) Démographie médicale au sein de la spécialité de médecine générale : comparaison temporelle au cours de la décennie en cours et comparaison géographique au niveau national, régional puis départemental.....	27
a) Effectifs des médecins généralistes en activité.....	27
i) Comparaison au niveau national, régional, départemental.....	27
ii) Projections des effectifs pour la décennie à venir.....	30
iii) Les remplaçants, un mode d'exercice qui se développe.....	30
b) Densité médicale : comparaison au niveau national, régional puis départemental.....	32
c) Age et genre des médecins généralistes : comparaison au niveau national, régional, départemental.....	33
d) Accessibilité Potentielle Localisée (APL).....	36
i) Concept.....	36
ii) Visualisation de l'APL dans le Cher vis-à-vis du reste de la France.....	37
C) Des évolutions générationnelles sur le rapport au travail qui entrent dans le champ de la médecine générale.....	38
1) Comment définir une génération : apport de la sociologie.....	38
2) Evolution du rapport au travail en population générale.....	38
a) La féminisation du marché de l'emploi.....	40
b) La réduction généralisée du temps de travail.....	40
c) L'essor de la « civilisation des loisirs ».....	40
3) Impact de l'évolution du rapport au travail mis en avant au sein de la médecine générale.....	40
a) Plus de couples bi-actifs, moins d'aidants familiaux.....	40
b) Attractivité vers le salariat.....	41
c) Un rejet de l' <i>ethos</i> traditionnel où le médecin est « corvéable à merci » vers la recherche d'un équilibre de vie.....	41
d) Mais ces considérations sont à distancier du simple effet de genre.....	42
D) Comment évaluer le bien-être, la qualité de vie, la satisfaction d'un médecin ?.....	43
1) Des concepts proches mais différents.....	43
2) La qualité de vie.....	43

a) Concepts.....	43
b) Comment la mesurer ?.....	44
3) La satisfaction dans la vie globale puis dans le champ du travail.....	45
4) Rapport travail-hors travail, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.....	46
5) Déterminants de l'équilibre de vie du médecin retrouvés dans la littérature.....	47
a) Déterminants propres au médecin.....	47
b) Déterminants professionnels.....	47
i) Détermination avec les caractéristiques du choix d'installation.....	47
ii) Déterminants en lien avec la relation médecin-malade.....	48
c) Déterminants en lien avec la façon d'exercer.....	48
E) Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants.....	50
1) Définitions et historique.....	50
2) Clinique	51
a) Les différentes phases du SEPS.....	51
b) Les symptômes.....	52
i) Manifestations émotionnelles et affectives.....	52
ii) Manifestations physiques.....	52
iii) Manifestations cognitives.....	52
iv) Manifestations comportementales ou interpersonnelles.....	52
v) Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude.....	52
c) Diagnostic différentiel.....	53
d) Comment le mesurer.....	53
3) Prévalences retrouvées du SEPS chez les médecins généralistes.....	54
4) Déterminants reconnus du SEPS chez les médecins généralistes.....	54
a) Facteurs protecteurs.....	54
b) Facteurs aggravants.....	55
c) Facteurs tantôt retrouvés comme protecteurs ou aggravants.....	55
II- OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	56
III- MATERIEL ET METHODES.....	57
A) Population étudiée.....	57
B) Outils.....	59
C) Procédure.....	60
D) Analyse statistique.....	60
IV- RÉSULTATS.....	61
A) Taux de participation à l'étude.....	61
B) Description de la population.....	62
1) Données socio-démographiques de base.....	62
a) Age et genre.....	62
b) Statut marital et parentalité.....	63
i) Statut marital.....	63
ii) Parentalité :.....	64
c) Type d'activité.....	64
d) Durée d'exercice.....	64
e) Lieu d'exercice.....	65
f) Mode d'exercice.....	66
g) Secrétariat.....	67
h) Emploi du temps.....	67
i) Recours à un remplaçant lors des absences.....	68
2) Charge de travail.....	69
a) Nombre de demi-journées travaillées par semaine.....	69

b) Nombre de consultations et de visites réalisées par jour.....	69
c) Temps de travail hebdomadaire.....	70
d) Nombre d'actes par heure.....	71
e) Permanence de soins.....	72
f) Vacances.....	72
g) Nombre de demi-journées travaillées par an.....	73
C) Résultats aux différentes échelles.....	75
1) Satisfaction professionnelle.....	75
2) Echelle analogique d'auto-évaluation de qualité de vie.....	76
a) Personnelle.....	76
b) Sociale, familiale et de loisirs.....	76
3) Évaluation du ressenti de conflit travail-hors travail.....	77
4) Echelle MBI :.....	78
a) Echelle d'épuisement émotionnel.....	78
b) Echelle de dépersonnalisation.....	79
c) Echelle d'accomplissement professionnel.....	80
d) Présence et intensité de SEPS.....	81
5) Résultats aux différentes mesures selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité.....	81
D) Facteurs prédictifs.....	82
1) Analyses univariées.....	82
a) Analyses univariées des données socio-démographiques et de la charge de travail.....	82
b) De la satisfaction professionnelle.....	84
c) Des auto-évaluations analogiques de qualité de vie personnelle et sociale.....	85
i) De la qualité de vie personnelle.....	85
ii) De la qualité de vie sociale, familiale et de loisirs.....	86
d) De la perception de conflit travail-hors travail.....	88
e) De la présence d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants.....	89
i) Analyse selon la présence d'un SEPS.....	89
ii) Analyse selon les résultats aux différentes échelles du MBI.....	90
iii) Résultats aux différentes échelles mesurées selon la présence d'un SEPS...	91
2) Analyses multivariées.....	92
a) Des données socio-démographiques.....	92
b) De la charge de travail.....	93
c) De la satisfaction professionnelle.....	94
d) Des auto-évaluations analogiques de qualité de vie.....	94
i) Qualité de vie personnelle.....	94
ii) Qualité de vie sociale, familiale et de loisirs.....	95
e) Du ressenti de conflit travail-hors travail	95
f) Selon la présence d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants. .	96
g) Analyse selon les échelles du MBI.....	96
i) Échelle d'épuisement émotionnel.....	96
ii) Échelle de dépersonnalisation.....	97
iii) Échelle d'accomplissement professionnel.....	97
V) DISCUSSION.....	98
A) Comparaison à la bibliographie.....	98
1) Comparaison de nos mesures recueillies par rapport à celles retrouvées dans la bibliographie.....	98
a) Satisfaction professionnelle.....	98

b) Qualité de vie.....	98
c) Conflit travail-hors travail.....	98
d) Présence d'un SEPS et analyse de ses différentes composantes.....	99
2) Vis-à-vis de l'impact de l'âge sur les différentes mesures effectuées.....	100
a) Sur la satisfaction professionnelle.....	100
b) Sur les différentes qualités de vie mesurées.....	101
c) Sur la perception d'un conflit travail-hors travail.....	101
d) Sur la présence des différentes composantes du SEPS et sa prévalence.....	102
e) Des fonctionnements professionnels qui diffèrent selon les âges.....	103
3) Objectifs secondaires : Comparaison avec la littérature des différents éléments ayant eu un impact statistiquement significatif sur nos mesures.....	104
a) Cellule familiale : Vivre seul ou en couple et présence d'enfant.....	104
b) Type d'activité : Installés versus remplaçants.....	105
c) Mode de fonctionnement professionnel : exercice solitaire versus regroupé, impact du nombre d'associés et de la présence d'un secrétariat.....	106
d) Charge de travail : temps de travail hebdomadaire, nombre de consultations et de visites au domicile journalières.....	107
e) Vacances.....	109
B) Forces et faiblesses de notre travail.....	110
1) La preuve d'une implication des médecins concernés par un taux de réponses satisfaisant.....	110
2) Des choix d'outils de mesure valides qui interagissent entre eux de façon statistiquement significative.....	110
3) Une limitation de la portée des réponses possibles du fait de différentes imprécisions ainsi qu'une distorsion possible des résultats.....	110
a) Par le choix de la procédure mise en action.....	110
b) Par le choix de la population.....	110
c) Par certaines imprécisions du questionnaire ou aspects non abordés.....	111
4) Les biais de l'étude.....	111
a) Biais de sélection.....	111
b) Les biais d'information ou de mesure altérant la qualité des données recueillies	111
C) Perspectives.....	112
CONCLUSION.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	115
ANNEXES :.....	126
Annexe 1 : Questionnaire.....	126
Annexe 2 : Avis positif du Groupe Éthique Clinique.....	130
Annexe 3 : Lettre de retour à l'ensemble des MG ciblés par notre étude.....	131
Annexe 4 : Emploi du temps selon les classes d'âge étudiées puis selon le genre et selon le type d'activité.....	134
Annexe 5 : Charge de travail selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité	136
Annexe 6 : Analyses univariées selon le genre, des données socio-démographiques et de la charge de travail.....	137
Annexe 7 : Analyses univariées selon le type d'activité, des données socio-démographiques et de la charge de travail.....	138
Annexe 8 : Corrélations entre les différentes échelles explorées.....	139

Index des figures

Figure 1: Evolution du <i>numerus clausus</i> de son instauration à son terme.....	25
Figure 2: Taux de variation de la population générale entre 2010 et 2016 par départements	26
Figure 3: Répartition des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2018.....	27
Figure 4: Evolution des effectifs nationaux de MG en activité régulière depuis 2010.....	28
Figure 5: Variation des effectifs de MG en activité régulière sur la période 2010-2018.....	29
Figure 6: Evolution comparée de l'évolution des effectifs de MG en activité régulière au niveau national et dans le Cher.....	29
Figure 7: Projection des effectifs de médecins généralistes et spécialistes jusqu'en 2030 selon Attal-Toubert.....	30
Figure 8: Projection des effectifs de MG en activité régulière jusqu'en 2025, selon le CNOM	30
Figure 9: Répartition des remplaçants de médecine générale par départements en 2018.....	31
Figure 10: Pyramide des âges des médecins remplaçants en médecine générale.....	31
Figure 11: Densité médicale des MG en activité régulière par départements, en 2018.....	32
Figure 12: Taux de féminisation au sein des MG par département en 2018.....	33
Figure 13: Pyramide des âges des MG en activité régulière en 2018.....	33
Figure 14: Évolution comparative temporelle entre 2010 et 2018 des âges moyens des MG au niveau national et départemental.....	34
Figure 15: Évolution comparative temporelle entre 2010 et 2018 du taux de féminisation chez les MG au niveau national et départemental.....	34
Figure 16: Typologie des départements basée sur l'analyse croisée entre variations des effectifs en population totale et de MG en activité régulière par départements.....	35
Figure 17: Visualisation de l'APL en France et dans le Cher.....	37
Figure 18: Importance relative accordée au travail selon l'âge dans l'enquête « Histoire de vie » de 2003.....	39
Figure 19: Type d'activité du conjoint du MG selon le genre et l'âge du médecin.....	41
Figure 20: Une conception intégrative de la qualité de vie selon sa définition par l'OMS.....	43
Figure 21: Modèle de l'harmonie travail-hors travail selon McMillan, Morris et Atchley.....	46
Figure 22: Diagramme de flux des MG installés.....	57
Figure 23: Diagramme de flux des MG remplaçants.....	58
Figure 24: Diagramme de flux des réponses.....	61
Figure 25: Pyramide des âges des médecins répondeurs.....	62
Figure 26: Distribution des MG selon le statut marital.....	63
Figure 27: Distribution des MG selon le critère de vivre en couple ou seul.....	63
Figure 28: Distribution des MG selon la parentalité.....	64
Figure 29: Distribution des MG selon leur type d'activité (installés versus remplaçants).....	64
Figure 30: Distribution des MG selon le lieu d'exercice.....	65
Figure 31: Distribution des MG selon le mode d'exercice.....	66
Figure 32: Distribution des MG selon la présence d'un secrétariat.....	67
Figure 33: Emploi du temps des MG.....	67
Figure 34: Distribution des MG selon le fait de faire appel à un remplaçant lors de ses absences.....	68
Figure 35: Distribution du nombre de demi-journées travaillées sous forme d'histogramme et de box-plot.....	69
Figure 36: Distribution du nombre de consultations réalisées quotidiennement sous forme d'histogramme et de box-plot.....	69
Figure 37: Distribution du nombre de visites au domicile réalisées quotidiennement sous forme d'histogramme et de box-plot.....	70

Figure 38: Distribution du temps de travail hebdomadaire sous forme d'histogramme et de box-plot.....	70
Figure 39: Distribution du nombre d'actes réalisés par heure sous forme d'histogramme et de box-plot.....	71
Figure 40: Distribution des MG selon leur participation à la permanence de soins.....	72
Figure 41: Distribution du nombre de semaines de congés annuels sous forme d'histogramme et de box-plot.....	72
Figure 42: Distribution du nombre de demi-journées travaillées par an sous forme d'histogramme et de box-plot.....	73
Figure 43: Distribution des scores de SP sous forme d'histogramme et de box-plot.....	75
Figure 44: Distribution des ressentis de QdVP sous forme d'histogramme et de box-plot.....	76
Figure 45: Distributions des ressentis de QdVS sous forme d'histogramme et de box-plot.....	76
Figure 46: Distribution de la perception de conflit travail-hors travail sous forme d'histogramme et de box plot.....	77
Figure 47: Distribution des scores d'EE sous forme d'histogramme et de box-plot.....	78
Figure 48: Distribution des MG selon les intensités récoltées à l'échelle d'EE.....	78
Figure 49: Distribution des scores de DP sous forme d'histogramme et de box-plot.....	79
Figure 50: Distribution des MG selon les intensités récoltées à l'échelle de DP.....	79
Figure 51: Distribution des scores d'AP sous forme d'histogramme et de box-plot.....	80
Figure 52: Distribution des MG selon les intensités récoltées à l'échelle d'AP.....	80

Index des tableaux

Tableau 1: Répartition de la population générale par tranche d'âge selon les dernières projections de l'INSEE au 1er janvier 2019.....	27
Tableau 2: Variation des effectifs de MG en activité régulière au niveau national, régional et départemental entre 2010 et 2018.....	28
Tableau 3: Densités médicales au niveau national, régional et départemental.....	32
Tableau 4: Âge moyen et distribution par âge et genre des MG en activité régulière au niveau national, régional et départemental.....	33
Tableau 5: Les différents concepts de la satisfaction au travail et leurs auteurs.....	45
Tableau 6: Différences entre SEPS et syndrome dépressif.....	53
Tableau 7: Quelques prévalences retrouvées du SEPS chez les MG dans la littérature.....	54
Tableau 8: Distribution des répondeurs selon le genre, l'âge et le type d'activité.....	61
Tableau 9: Caractéristiques des MG selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité.....	62
Tableau 10: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon le fait de vivre seul ou en couple.....	63
Tableau 11: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'exercice selon la parentalité.....	64
Tableau 12: Caractéristiques d'âge et de genre des MG selon le type d'activité.....	64
Tableau 13: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon la répartition des lieux d'exercice.....	65
Tableau 14: Nombre d'associés selon le genre et l'âge.....	66
Tableau 15: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon la répartition des modes d'exercice.....	66
Tableau 16: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon la présence d'un secrétariat.....	67
Tableau 17: Caractéristiques d'âge et de genre des MG installés selon le fait de faire appel à un remplaçant lors de ses absences.....	68
Tableau 18: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon leur participation à la permanence de soins.....	72
Tableau 19: Scores moyens aux différentes sous-échelles du MBI.....	78
Tableau 20: Grille d'interprétation de l'échelle EE.....	78
Tableau 21: Grille d'interprétation de l'échelle de DP.....	79
Tableau 22: Grille d'interprétation de l'échelle d'AP.....	80
Tableau 23: Répartition de l'ensemble des MG selon la présence et l'intensité d'un SEPS.....	81
Tableau 24: Résultats aux différentes mesures selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité.....	81
Tableau 25: Analyses univariées selon les classes d'âge étudiées des données socio-démographiques et de la charge de travail.....	82
Tableau 26: Analyses univariées de la SP selon les facteurs prédictifs.....	84
Tableau 27: Analyses univariées de la QdVP selon les facteurs prédictifs.....	85
Tableau 28: Analyses univariées de la QdVS selon les facteurs prédictifs.....	86
Tableau 29: Analyses univariées de la perception de CTHT selon les facteurs prédictifs.....	88
Tableau 30: Analyses univariées de la présence d'un SEPS selon les facteurs prédictifs.....	89
Tableau 31: Analyses univariées selon les facteurs prédictifs de chacune échelles du MBI.....	90
Tableau 32: Résultats et analyses uni-variées aux différentes mesures (SP, QdV personnelle et sociale et CTHT) selon la présence d'un SEPS.....	91
Tableau 33: Analyses multivariées des données socio-démographiques selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité.....	92

Tableau 34: Analyses multivariées selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité de la charge de travail.....	93
Tableau 35: Analyse multivariée en sous-groupes de la SP selon les facteurs prédictifs.....	94
Tableau 36: Analyse multivariée en sous-groupes de la QdVP selon les facteurs prédictifs.....	94
Tableau 37: Analyse multivariée en sous-groupes de la QdVS selon les facteurs prédictifs.....	95
Tableau 38: Analyse multivariée en sous-groupes du CTHT selon les facteurs prédictifs.....	95
Tableau 39: Analyse multivariée en sous-groupes de la présence d'un SEPS selon les facteurs prédictifs.....	96
Tableau 40: Analyse multivariée en sous-groupes des scores d'EE selon les facteurs prédictifs	96
Tableau 41: Analyse multivariée après transformation logarithmique des scores de DP selon les facteurs prédictifs.....	97
Tableau 42: Analyse multivariée après dichotomie des scores d'AP selon les facteurs prédictifs	97

INTRODUCTION :

Les préoccupations quant à la qualité de vie sont de plus en plus présentes depuis ces dernières décennies en ce qui concerne la population générale. Le rapport au travail change, passant d'une nécessité sécuritaire et économique à une volonté d'accomplissement personnel par le travail.

Au sein de la médecine, ces préoccupations ont émergé avec un décalage. Des évolutions sont en cours au sein des pratiques de fonctionnement de l'exercice médical du médecin généraliste libéral. Ces changements ont été initialement imputés à la féminisation croissante de la profession. Il semble toutefois, au vu des travaux sociologiques et notamment ceux de la dernière décennie, qu'il s'agisse plus d'une évolution générationnelle, dans le sens où la nouvelle génération se construit en opposition avec celle de ses aînés.

Le but de ces évolutions de fonctionnement a été de viser une meilleure qualité de vie en adaptant son exercice pour équilibrer sa vie professionnelle et personnelle, rejetant de ce fait l'*ethos* traditionnel de la profession où le médecin de famille est disponible à souhait.

En France, depuis le début des années 2000, cette évolution s'est heurtée à la pénurie de médecins et l'accessibilité géographique aux soins médicaux de premier recours est devenue un sujet de préoccupations majeur pour les pouvoirs publics.

Le Cher, département rural de la Région Centre-Val de Loire, cristallise ces difficultés.

Des questions ont alors émergé, du fait de ces changements de fonctionnement retrouvés dans la littérature et ressentis lors de mes stages ambulatoires. C'est pourquoi il nous a semblé intéressant d'évaluer dans ce travail l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes libéraux du Cher, et notamment les facteurs prédictifs liés à l'âge et au mode d'exercice. Dans cette étude nous évaluerons également les facteurs prédictifs de leur satisfaction professionnelle, de leur qualité de vie personnelle et sociale, de leur perception de conflit travail-hors travail et de l'épuisement professionnel.

Pour cela, nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive sur la population des médecins libéraux en activité régulière du département du Cher.

Dans une première partie, nous allons développer les phénomènes de l'évolution structurelle de la Médecine Générale depuis l'après-Guerre, ce qui nous permettra de comprendre quels impacts ces changements ont eu sur la démographie médicale à l'heure actuelle.

Puis, nous nous intéresserons au département du Cher et verrons que ce département cristallise ces tensions démographiques au niveau de sa population générale et de sa population médicale en termes d'effectifs de médecins généralistes, de distribution selon l'âge et le genre de ces médecins, et évoquerons le concept d'accessibilité potentielle localisée.

Nous nous pencherons sur les modifications du rapport au travail ayant eu cours en France depuis l'après-Guerre. Ces modifications ont pris leur source en population générale avant d'entrer en Médecine Générale.

Nous tenterons ensuite de déterminer comment évaluer l'équilibre de vie d'un médecin, en termes de satisfaction professionnelle, de qualité de vie, de conflit travail-hors travail, et résumerons les principaux déterminants retrouvés dans la littérature à disposition, mais permettant d'accéder à cet équilibre.

Enfin, nous évoquerons le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants en termes de clinique, de moyen de mesure, de prévalence et de ses déterminants reconnus à l'heure actuelle.

Dans les parties suivantes, nous présenterons la méthodologie de l'étude, ses résultats et la discussion de ces résultats avant de conclure.

I) PROBLEMATIQUE

A) Evolution structurelle de la Médecine Générale depuis l'après-Guerre : impact des changements de politique de santé sur la démographie médicale

1) Après-Guerre, le contexte

Il importe de rappeler que jusqu'à l'institution de la Sécurité Sociale juste au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale (octobre 1945), indépendamment de quelques catégories de la population bénéficiant de l'aide médicale gratuite instaurée depuis 1893, aucun dispositif général d'assurance maladie n'était prévu pour la population^{1,2}.

De ce fait, la grande majorité de cette dernière devait s'acquitter des dépenses engendrées pour se soigner, qui étaient définies avec tact et mesure selon le principe de l'entente directe.

Les revenus du médecin étaient donc dépendants des ressources financières des patients traités.

C'est la raison pour laquelle, un certain nombre de médecins connaissant une relative précarité économique, dépendante de leur lieu d'exercice, avaient tendance à s'installer majoritairement en milieu urbain, où se situe la « clientèle solvable » que constituait pour l'essentiel la bourgeoisie des villes³.

2) Le retard sanitaire français (années 1950)

La commission chargée de l'équipement sanitaire et social, mise en place en 1953, a pour objectif de définir les besoins de la population dans ce domaine. Celle-ci estime alors que le pays accuse un « retard » sanitaire, voit notamment que sa densité médicale se situerait derrière de nombreux pays occidentaux et entreprend un programme d'investissements publics, visant principalement à développer les infrastructures hospitalières^{1,2}.

Les hôpitaux publics rencontrent ainsi une expansion importante au cours des années 60.

En outre, la réforme Debré de 1958 conduit la commission à se préoccuper de la démographie médicale en initiant la création des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU), lieu de formation des médecins en parallèle des enseignements délivrés à la faculté.⁴

Toutefois, la formation des futurs médecins généralistes (MG) n'est pas explicitement évoquée dans cette réforme, les enseignements au sein des CHU y sont exclusivement dispensés par des spécialistes et des hospitaliers. Pour reprendre les termes de Géraldine Bloy, la médecine générale procède d'une histoire « en creux » du développement des savoirs médicaux spécialisés et de l'hospitalo-centrisme.⁵

3) Instauration de la Sécurité Sociale (1945) et efficacité renforcée par le décret Bacon (1960)

L'accessibilité aux soins à la population reste limitée hors du monde hospitalier, initialement en lien avec l'absence d'adhésion de l'ensemble des médecins à la mutualisation des dépenses de santé, du fait du principe de l'entente directe de la facturation des honoraires défendu par certains syndicats de médecins, notamment la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). L'accessibilité à la médecine de ville a été facilitée par l'adoption du décret Bacon du 12 mai 1960, qui crée un système de convention entre les caisses de sécurité sociale et les praticiens qui le souhaitent³. Deux secteurs conventionnels sont ainsi institués, scindant les médecins en deux catégories : le « secteur 1 » qui regroupe les médecins ayant signé cet accord et où s'appliquent les tarifs conventionnels et où le remboursement des patients s'élève à 80 % ; et le « secteur 2 » laissant à ceux qui le souhaitent la liberté de fixer le montant des honoraires.

En conséquence, le regroupement de la majorité des médecins au secteur 1 conventionné à partir des années 1960, ajouté à l'instauration du régime de la Sécurité Sociale qui couvre tous les travailleurs, a favorisé l'accessibilité aux soins médicaux à une large population.¹

4) Evolution des effectifs de médecins généralistes suite au décret Bacon

Les médecins bénéficient donc à partir de cet instant d'une relative sécurité économique, ce qui engendre une entrée massive dans la profession. Le nombre total de médecins inscrits au tableau de l'Ordre passera donc de 46 700 en 1961 à 63 000 en 1969, les législations favorisant l'expansion et le développement de l'offre de soins.

La consommation de soins connaît également un accroissement conséquent à partir des années 60.

Au début des années 60, l'impact du décret Bacon ne s'étant pas encore fait sentir sur la hausse des effectifs, la CSMF attirait l'attention sur le surmenage des médecins libéraux dû à cet accroissement de la demande de soins notamment dans les territoires ruraux, en parallèle de la diffusion de la thèse du retard sanitaire français. Thèse néanmoins réfutée par l'autre syndicat en puissance (FMF), ces deux syndicats défendant des positions différentes vis-à-vis de la régulation des effectifs médicaux.

L'analyse apportée par la CSMF est toutefois plus fine car elle évoque rapidement la problématique de la répartition des effectifs sur le territoire français.

Or, l'arrivée de nouveaux médecins, du fait d'une part de l'impulsion de la réforme Debré et d'autre part de la sécurité économique impulsée par le décret Bacon, rééquilibre les effectifs au cours des années 60.

Dès 68-70, les niveaux des effectifs et les prévisions associées sont tels que l'idée de la nécessité de réguler les effectifs s'impose. On va donc créer une loi visant à instaurer un *numerus clausus* dans les facultés de médecine, pour restreindre annuellement le nombre d'étudiants autorisés à s'inscrire en deuxième année d'études médicales en fonction des capacités de formation des hôpitaux.

5) Instauration du *numerus clausus* et sa régulation ou comment passer de la « pléthore » médicale à la pénurie ?

a) De la pléthore...

Instauré en 1971, le *numerus clausus* a ainsi été fixé à 8 500 nouveaux inscrits par an^{1,2,6}.

Cette diminution est motivée par la difficulté de formation d'un nombre trop important d'étudiants.

Il faut ajouter à cela l'impulsion des syndicats de médecins généralistes devant la dégradation de la situation économique des médecins généralistes libéraux, du fait d'un phénomène de compétition important et de difficultés à l'installation. De plus, rappelons l'importance des chocs pétroliers de 1973 et 1979 sur l'économie globale.

Cette « démographie galopante » titrée dans *Le Monde* en septembre 1978 est même telle que l'on retrouve pour la première fois des médecins qui pointent à l'ANPE, 871 médecins en 1978 et 1 000 en 1979. On incitera même les médecins en activité à prendre précocement leur retraite^{1,2}.

Le *numerus clausus* sera réformé en 1979, en introduisant une disposition qui autorise « une limitation des effectifs sur la base des besoins de la population ».

La constitution de quotas, qui renforcera la sélection au terme de la première année des études médicales, constituera aux yeux des syndicats libéraux la seule solution qui résulte de cette situation pléthorique. Cette sélection entraînera une baisse régulière des effectifs jusqu'à atteindre 3 500 entrants en 1992.

b) ...À la pénurie

Pressentie par certains au cours des années 1990, la répercussion de la contraction des effectifs est mise clairement en lumière par la DRESS en 2000.^{1,6}

Les projections effectuées au début des années 2000 prévoient une forte diminution des effectifs courant des années 2000. Ces rapports officiels viennent ainsi contribuer à la requalification du problème de la démographie médicale, en passant brusquement à une alerte à la pénurie à la fin des années 1990.

En outre, cette diminution est jugée d'autant plus préoccupante au vu du vieillissement de la population (génération baby-boom).

La baisse engendrée du nombre des médecins apparaît d'autant plus inquiétante que la densité médicale est déjà faible dans certaines régions, surtout rurales, ce qui aggravera les disparités géographiques en matière d'offre de soins, d'autant plus que les politiques précédentes concernant la démographie médicale, ont également abouti à un vieillissement de la population médicale.

De surcroît, la combinaison de ces différents facteurs (accroissement de la demande de soins, aggravation des disparités géographiques de l'offre médicale, vieillissement du corps médical, renouvellement incertain des cabinets libéraux) explique ainsi qu'à partir de la fin des années 1990, l'Ordre des médecins et certains syndicats de médecins libéraux demandent un relèvement important du *numerus clausus* et une augmentation du nombre de postes ouverts au concours de l'internat.

Afin de remédier à la pénurie annoncée, les pouvoirs publics ont ainsi révisé celui-ci à la hausse à partir de cette période. Il passera respectivement de 3 500 à 7 000 entre 1995 et 2005 ⁷, et sera de 9 314 places pour la rentrée 2019.

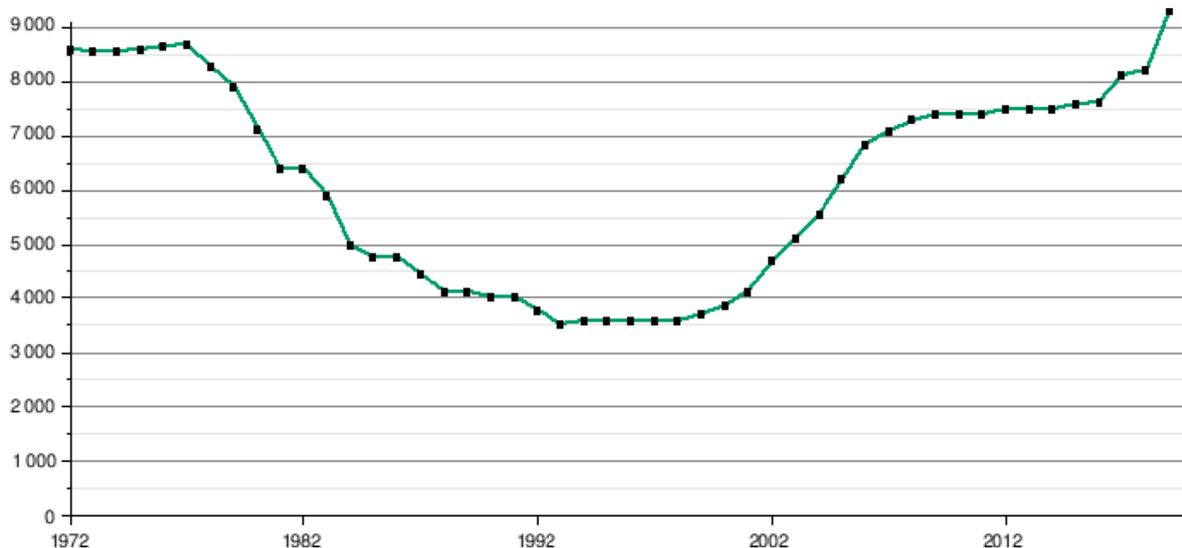


Figure 1: Evolution du *numerus clausus* de son instauration à son terme.

En somme, la médecine générale libérale a connu un vieillissement de ses actifs au cours des dernières décennies. Le vieillissement des effectifs de médecins généralistes est la conséquence directe de la contraction de son effectif impulsée par la réduction progressive du *numerus clausus* créé en 1971.

Outre le vieillissement des effectifs médicaux, la réduction de l'offre de soins de premier recours est également liée au fait que l'exercice en cabinet libéral semble être de moins en moins attractif pour les jeunes diplômés. Ces derniers n'exercent d'ailleurs pas tous la médecine générale au sens où on l'entend. Un phénomène de fuite intervient à l'issue du troisième cycle des études médicales vers des exercices autres que les soins primaires ambulatoires comme définis par la WONCA.

L'extension des possibilités offertes à ces jeunes diplômés n'est pas récent, mais se dessine depuis les années 50 et s'est accentuée depuis les années 70 avec l'émergence de l'État Providence par la création d'emplois dans les services de l'État, des collectivités territoriales, de la Sécurité Sociale ¹.

Par ailleurs, depuis 1958 et la création des centres hospitalo-universitaires suite à la réforme Debré, l'essor de la médecine générale salariée constitue une porte de recrutement de médecins destinés à la médecine générale libérale ¹.

B) Le Cher : un département qui cristallise des tensions démographiques au sein de sa population et chez les médecins généralistes libéraux

Les données présentées dans cette partie sont majoritairement issues de la cartographie interactive de démographie médicale et des atlas de démographie médicale du CNOM de 2016 à 2018 ⁸⁻¹¹.

1) Population générale du Cher

La population totale du Cher est de 300 174 personnes selon les projections de l'INSEE basées sur le dernier recensement de la population de 2016.

Voici représentés ci-dessous ⁸, les taux de variations de la population générale entre 2010 et 2016 par départements, basés sur le dernier recensement du 1^{er} janvier 2016 :

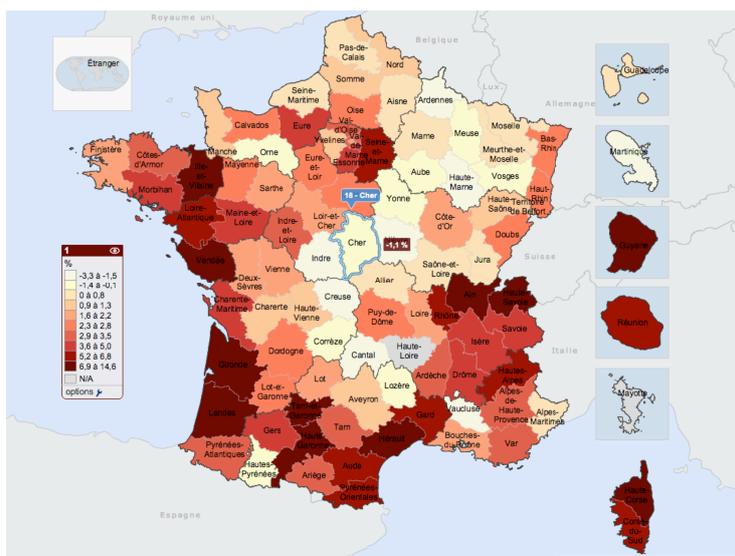


Figure 2: Taux de variation de la population générale entre 2010 et 2016 par départements

Au niveau national, on remarque l'attractivité des régions littorales et celles proches des métropoles. À contrario, une diagonale Massif Central Nord-Est se démarque par une baisse de sa démographie sur la période 2010-2016.

En région Centre-Val de Loire, la population globale a modestement augmenté de 1,7 %. Toutefois, cette augmentation est surtout le fruit de la croissance démographique de départements comme ceux de l'Indre et Loire (+3%), du Loiret ou de l'Eure-et-Loir (+2,8 % et +2,4%), alors que les départements du Cher (-1,1%) mais surtout de l'Indre (-2,2%) voient leur population baisser.

De plus, l'INSEE réalisant des projections chaque année, les derniers chiffres de 2018 montrent que la tendance à la baisse visualisée dans le Cher persiste (-0,5 % entre 2017 et 2018).

Le Cher est, en outre, un département situé au cœur d'autres départements (l'Allier, La Creuse, l'Indre, la Nièvre et la Saône-et-Loire) qui connaissent les mêmes problématiques. La population y est sous-dense (2,7 % de la population française pour 8 % du territoire), vieillissante en partie du fait du départ des jeunes. Ces départs peuvent s'expliquer en partie par un territoire peu attractif avec de fortes pertes d'emploi (-0,9% par an dans le Cher entre 2008 et 2015) résultant d'une situation économique difficile : sur 19 zones d'emploi que compte ce secteur, 14 souffrent de déprise d'activité et de démographie, alors qu'en France, seulement 51 zones au total connaissent ces mêmes caractéristiques.

Ce sont de plus des territoires très ruraux, seulement 34 % de la population vit dans des pôles urbains contre 50 % en France métropolitaine, territoires caractérisés par une armature urbaine très lâche, la moitié de la population vivant à plus d'une demi-heure de structures d'urgence ¹².

Tableau 1: Répartition de la population générale par tranche d'âge selon les dernières projections de l'INSEE au 1er janvier 2019

Source INSEE au 1 ^{er} janvier 2019 ¹³	Part des < 25 ans	Part des [25- 59]	Part des ≥ 60 ans	Part des ≥ 75 ans
France y compris Mayotte	29,7 %	44,2 %	26,1 %	9,3 %
Région Centre-Val de Loire	28,3 %	42,5 %	29,2 %	10,7 %
Cher	25,4 %	41,6 %	33 %	12,2 %

2) Démographie médicale au sein de la spécialité de médecine générale : comparaison temporelle au cours de la décennie en cours et comparaison géographique au niveau national, régional puis départemental

a) Effectifs des médecins généralistes en activité

Les effectifs des généralistes varient d'une source à l'autre. Par exemple, l'Ordre recensait 3 000 médecins de plus que le Ministère de la Santé avec son fichier ADELI au 1^{er} janvier 2007 ^{9,14}.

Il existe quatre sources essentielles de données pour les médecins libéraux : le fichier de l'Ordre des Médecins (CNOM) ; le répertoire ADELI alimenté par les déclarations des professionnels auprès des Agence Régionale de Santé (ARS) et géré par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) ; le Système national inter-régime (SNIR) géré par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui recense les professionnels ayant perçu au moins un euro d'honoraires dans l'année en cours ; et enfin le fichier des cotisants de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).

Pour plus de clarté dans mon exposé, je n'ai utilisé que les données issues de l'Ordre National des Médecins.

Certaines définitions méritent une mise en lumière immédiate :

- l'activité générale correspond à la somme de l'activité régulière, des retraités, des retraités actifs en cumul emploi, des médecins temporairement sans activité et des remplaçants. Cela correspond aux médecins inscrits à l'Ordre ;
- les actifs ou l'activité totale correspond à la somme des médecins en activité régulière plus les remplaçants plus les médecins temporairement sans activité ;
- les retraités correspondent aux médecins retraités et aux médecins en cumul emploi retraite.

i) Comparaison au niveau national, régional, départemental

La Cartographie interactive de démographie médicale, établie par le CNOM, recense au 1^{er} janvier 2018, 296 755 médecins inscrits au tableau (toutes spécialités et activités confondues, actifs et retraités inclus).

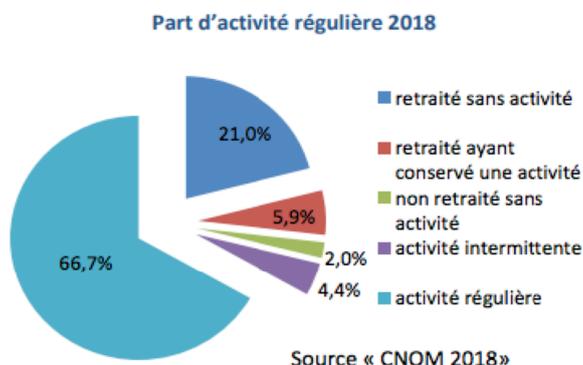


Figure 3: Répartition des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2018

Dans l'atlas de démographie édité par le CNOM en décembre 2018, une analyse des variations de démographie médicale sur la période de 2010-2018 a été réalisée.

Le constat est parlant : certes en activité générale la population croit (+11,9%), mais essentiellement au profit des médecins retraités (+ 43,6%).

Tableau 2: Variation des effectifs de MG en activité régulière au niveau national, régional et départemental entre 2010 et 2018

Source Cartographie interactive de démographie médicale CNOM ⁸ Chiffres de l'année 2018	France entière		Région Centre-Val de Loire		Département du Cher	
	2010	2018	2010	2018	2010	2018
Nombre de médecins généralistes en activité régulière tous modes d'exercice	94261 MG	87 801 MG	3120 MG	2722 MG	350 MG	288 MG
Variation des effectifs de 2010-2018 (%)	- 6,85%		-12,7 %		-17,7 %	
Nombre de médecins généralistes en activité régulière, exercice libéral exclusif	55 755 MG	48 872 MG	1929 MG 61,8 %	1563 MG 57,4 %	217 MG 62 %	170 MG 59 %
Nombre de médecins généralistes en activité régulière, exercice mixte			193 MG 6,2%	207 MG 7,6 %	22 MG 6,3 %	21 MG 7,3 %
Nombre de médecins généralistes en activité régulière, exercice salarié			998 MG 32 %	952 MG 35 %	111 MG 31,7 %	97 MG 33,6 %

Sur la période 2010-2018, les effectifs des médecins inscrits à l'Ordre augmentent, néanmoins la médecine générale voit ses effectifs se réduire aux dépens des actifs avec une diminution de 6,85% ¹⁰.



Figure 4: Evolution des effectifs nationaux de MG en activité régulière depuis 2010

La carte suivante ⁸ met en évidence la variation des effectifs de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2010-2018 :

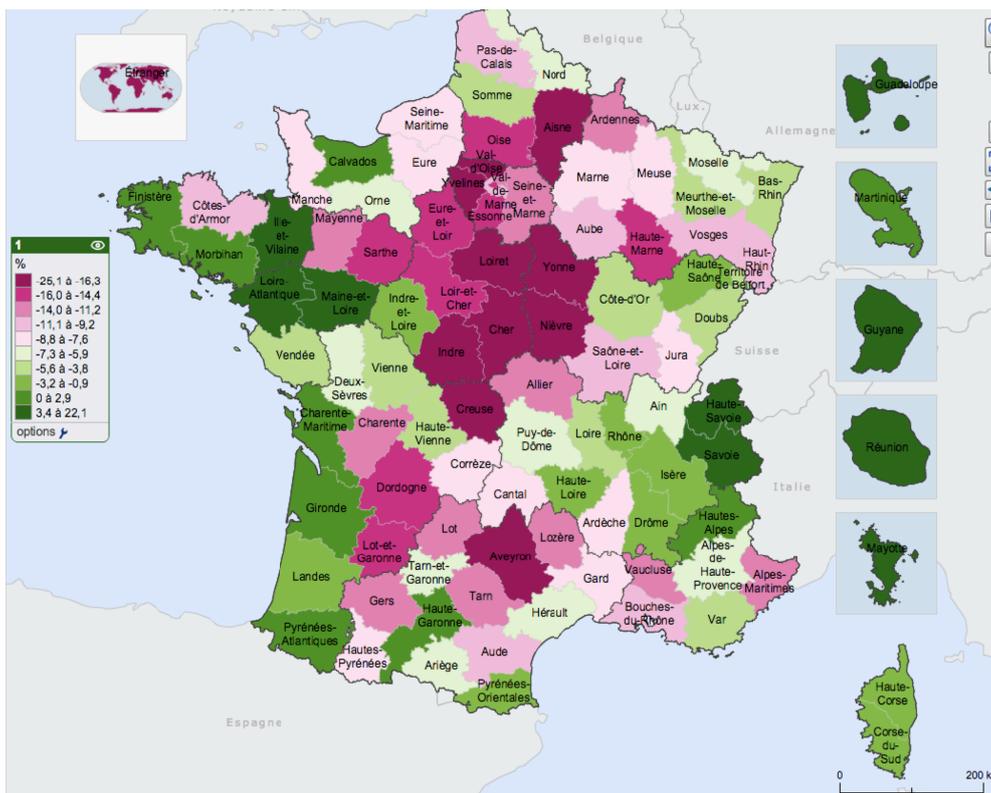


Figure 5: Variation des effectifs de MG en activité régulière sur la période 2010-2018

On remarque que le Cher se situe au centre d'une zone où les baisses des effectifs en médecins généralistes sont les plus marquées au cours de la période étudiée.

Les effectifs des médecins généralistes en activité régulière en région Centre-Val de Loire (-12,7%) mais plus nettement au niveau du département du Cher chutent avec 17,7 % de médecins généralistes en activité régulière de moins depuis le début de la décennie. Toutefois, la baisse n'est pas homogène sur la région : le département de l'Indre-et-Loire, siège de la faculté de médecine, ne voit ses effectifs ne baisser de 0,9 % sur cette même période.

Le diagramme suivant met en parallèle, la dégradation des effectifs de médecins généralistes en activité régulière dans le département du Cher contre celle constatée au niveau national ⁸:

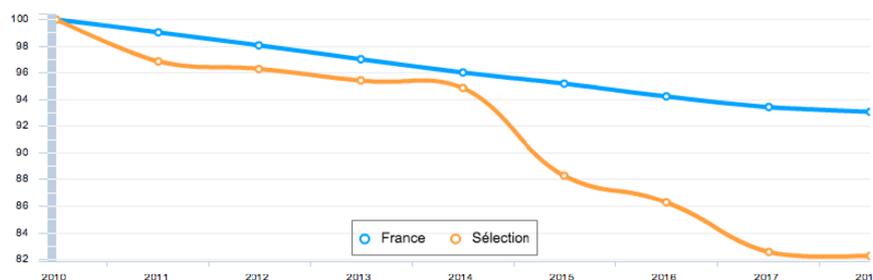


Figure 6: Evolution comparée de l'évolution des effectifs de MG en activité régulière au niveau national et dans le Cher

ii) Projections des effectifs pour la décennie à venir

De plus, des projections^{10,15} des effectifs de médecins généralistes sont disponibles au niveau national jusqu'en 2025 :

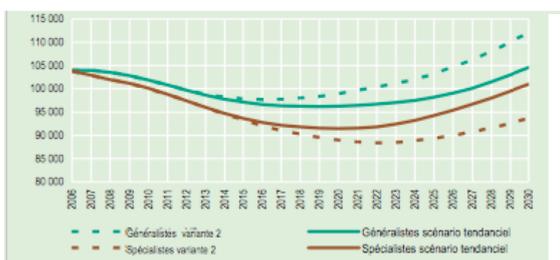


Figure 7: Projection des effectifs de médecins généralistes et spécialistes jusqu'en 2030 selon Attal-Toubert

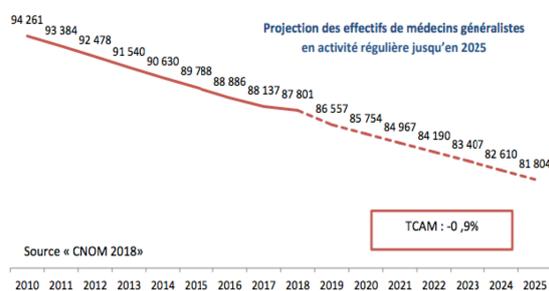


Figure 8: Projection des effectifs de MG en activité régulière jusqu'en 2025, selon le CNOM

Au sujet des effectifs des médecins généralistes libéraux en activité, Kandel¹⁶ rapporte dans son étude en 2007 sur le devenir d'étudiants de médecine ayant validé leur 3^e cycle, qu'il faut 14 ans en moyenne à partir de la première année de médecine, pour que seulement un peu plus de la moitié d'une promotion d'étudiants ayant choisi la médecine générale l'exerce vraiment.

Nathalie Polisset¹⁷ dans sa thèse d'exercice a réalisé une étude observationnelle descriptive retrospective du parcours et du devenir des internes de Tours en capacité d'exercer la médecine sur la période de 2006 à 2016. Entre 2004 et 2012, à peine moins de la moitié des postes d'internes de médecine générale proposés ont été pourvus, soit 478 postes. Sur ces 478 médecins en devenir, seulement 211 étaient installés en libéral fin 2016 dont seulement 141 dans la région Centre-Val de Loire.

iii) Les remplaçants, un mode d'exercice qui se développe

L'activité des remplaçants est comptabilisée dans l'activité totale et comporte les remplaçants mais également les médecins retraités actifs.

Le statut de remplaçant est aujourd'hui bien ancré dans le paysage médical français, répondant de toute évidence à l'attente de nombreux jeunes praticiens qui ne souhaitent pas (ou plus) s'inscrire dans une optique professionnelle considérée comme rigide, celle d'un exercice « codifié » libéral ou salarié. On choisit d'exercer en tant que remplaçant en raison de la liberté que ce statut confère et l'on reste remplaçant parfois longtemps¹⁸.

C'est pourquoi depuis 2010, l'activité intermittente des remplaçants a augmenté de 22,7 %¹¹. Sur des données provisoires émises par la DRESS¹⁹, on note que la part des remplaçants en activité libérale est passée de 4,8 % en 2012 à 6,3 %, parmi lesquels 59 % sont des femmes.

La féminisation de la profession peut sembler y jouer un rôle mais n'est néanmoins pas un frein à l'installation en médecine générale comme le met en évidence Decorde²⁰. Il n'a pas mis en évidence, en 2011, de différence ni sur le mode d'exercice ni sur le choix à l'installation selon les genres.

L'augmentation de la part des femmes au sein des remplaçants est donc le fruit de l'augmentation de la part des femmes à la sortie des études médicales.

Dans la région Centre-Val de Loire et plus encore dans le département du Cher, la part de remplaçants est faible par rapport au reste de la France, comme le montre la carte suivante ⁸

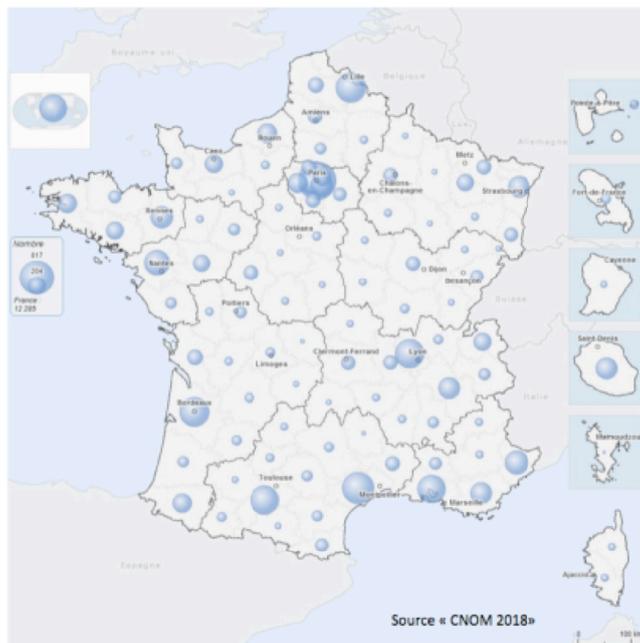


Figure 9: Répartition des remplaçants de médecine générale par départements en 2018

La répartition des remplaçants est inégale, et il existe une correspondance entre la taille des départements et le volume des médecins exerçant dans les départements concernés.

La médecine générale apparaît nettement comme la spécialité la plus attractive pour ce type d'exercice, plus de 2 remplaçants sur 3 la pratiquent ²¹.

La pyramide des âges ci-dessous est issue de l'atlas du CNOM de 2015 ²¹.

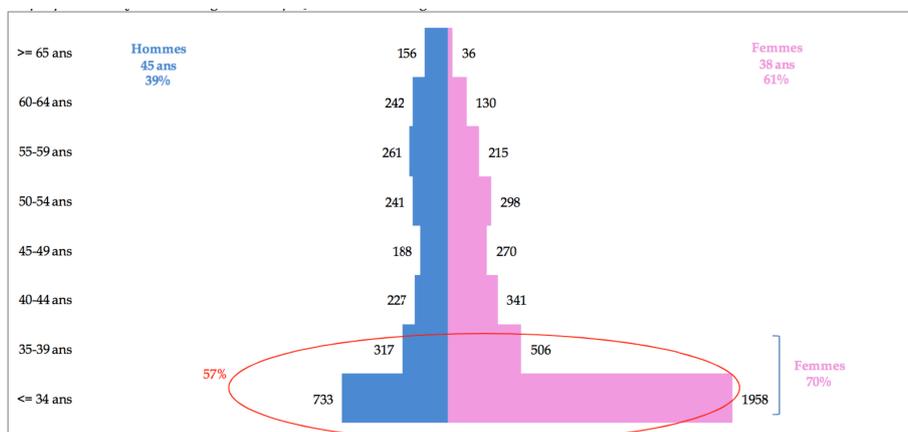


Figure 10: Pyramide des âges des médecins remplaçants en médecine générale

Au niveau national, les femmes représentent 61 % des effectifs de remplaçants actifs en médecine générale. Il s'agit d'une population plutôt jeune âgée en moyenne de 41 ans, à fort renouvellement féminin (70 % de femmes chez les moins de 40 ans).

Les remplaçants de la région Centre-Val de Loire étaient âgés en moyenne de 44 ans en 2015.

Le Cher compte en 2015, 14 remplaçants « thésés » de médecine générale.

De plus, il n'est pas rare que les remplaçants de médecine générale mêlent activité de remplacement en libéral et exercice salarié. Selon une étude de ReAGJIR de Mai 2010, ils seraient 37.3 % à exercer de la sorte ²².

b) Densité médicale : comparaison au niveau national, régional puis départemental

Voici résumés ci-dessous, les chiffres de densité médicale toutes spécialités confondues et au sein de la médecine générale à différentes échelles ¹⁰ :

Tableau 3: Densités médicales au niveau national, régional et départemental

Chiffres issus de la cartographie interactive de démographie médicale, CNOM 2018 ⁸ .	France entière	Région Centre-Val de Loire	Département du Cher
Densité médicale toutes spécialités, tous exercices	330,1 médecins / 100 000 habitants	224,5 médecins / 100 000 habitants	175,7 médecins / 100 000 habitants
Densité médicale médecins généralistes en activité, tous modes d'exercice (/ 100 000 habitants)	129,3 MG / 100 000 habitants	102,9 MG / 100 000 habitants	93,2 MG / 100 000 habitants
Densité médicale médecins généralistes en activité, exercice libéral exclusif (/ 100 000 habitants)	72,7 MG / 100 000 habitants	60,6 MG / 100 000 habitants	55 MG / 100 000 habitants

Le Cher présente une des démographies médicales toutes spécialités en activité totale, les plus faibles au niveau métropolitain, derrière l'Eure, l'Ain, la Mayenne et l'Indre ⁸.

Voici la carte par départements, de la densité médicale chez les médecins généralistes en activité régulière, tous modes d'exercice confondus :

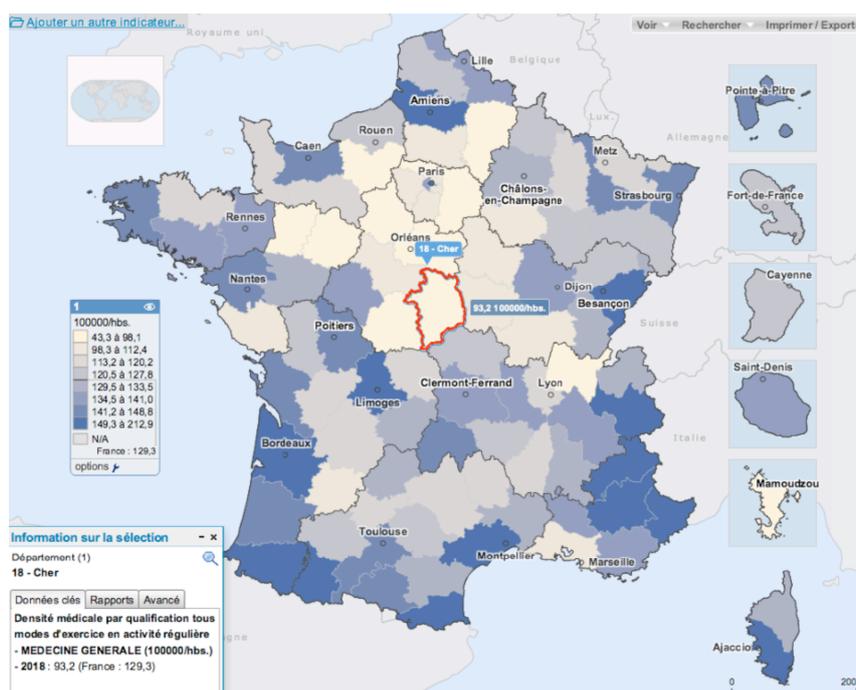


Figure 11: Densité médicale des MG en activité régulière par départements, en 2018

Vis-à-vis des médecins généralistes en activité régulière, la densité retrouvée dans le Cher est également parmi les dernières juste derrière l'Eure et la Seine-et-Marne ⁸.

Le Cher, en outre, se trouve au cœur d'une zone où la démographie médicale est faible (Loiret, Indre et à une moindre mesure Loir-et-Cher, Nièvre et Yonne).

Il est reconnu un lien entre faible démographie médicale, zone rurale et vieillissement de la population¹⁰. Le Cher en est un exemple.

c) Age et genre des médecins généralistes : comparaison au niveau national, régional, départemental

L'âge moyen au 1^{er} janvier 2018 des médecins inscrits au tableau de l'Ordre au niveau national est de 57,1 ans, celui des médecins actifs toutes spécialités est de 50,8 ans. On voit apparaître un discret rajeunissement de ces médecins depuis 2010. Toutefois chez les médecins généralistes en activité régulière, l'âge moyen est de 50,6 ans ce qui est relativement constant depuis 2010 (50,3 ans)¹⁰.

Les figures ci-dessous illustrent d'une part en 2018, la pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière, d'autre part les variations des taux de féminisation par département en 2018 :

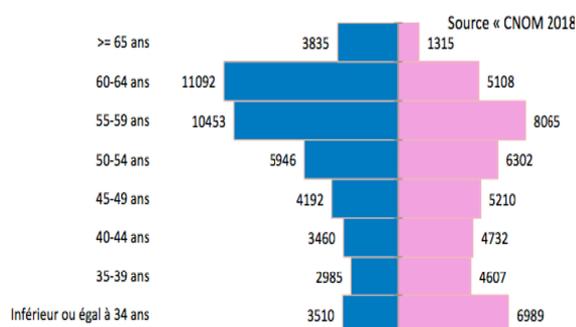


Figure 13: Pyramide des âges des MG en activité régulière en 2018

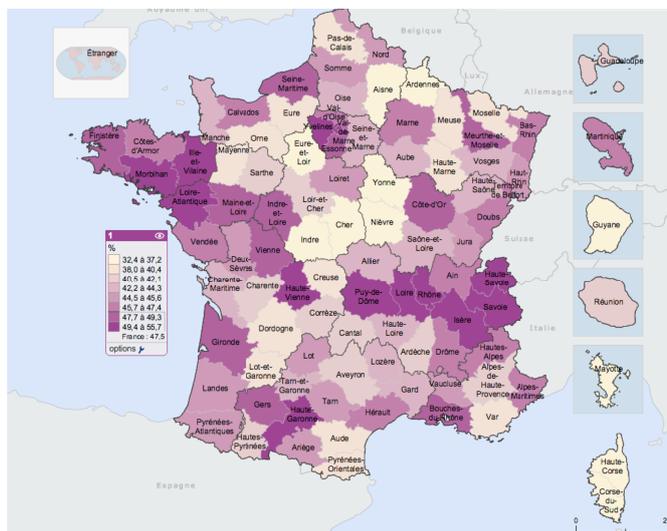


Figure 12: Taux de féminisation au sein des MG par département en 2018

Chez les généralistes en activité régulière, le renouvellement générationnel est incomplet avec un taux de médecins de moins de 40 ans sur celui des médecins âgés de plus de 60 ans à seulement 0,85, soit 21 % de médecins âgés de moins de 40 ans et 24 % de médecins âgés de plus de 60 ans. La part des femmes chez les généralistes en activité régulière est de 48,2 %. Néanmoins, on observe une féminisation plus marquée sur les tranches d'âge les plus basses (67 % chez les médecins âgés de moins de 40 ans), reflet de la forte féminisation des études médicales de ces dernières décennies.

Toutefois, le rétrécissement à la base de la pyramide des âges et l'importance des tranches d'âges de 55 à 65 ans traduit un vieillissement marqué de la profession, ce qui pose la question du renouvellement générationnel de ces médecins et de la disponibilité professionnelle (cessation d'activité ou baisse d'activité).

Tableau 4: Âge moyen et distribution par âge et genre des MG en activité régulière au niveau national, régional et départemental

Selon CNOM 2018	France entière	Région Centre-Val de Loire	Département du Cher
Âge moyen des médecins inscrits à l'Ordre (2018)	57,1 ans	57,2 ans	59,8 ans
Âge moyen des médecins en activité régulière (2018)	50,8 ans	51 ans	53,3 ans
Chez les généralistes en activité régulière :			
Part des médecins âgés de moins de 40 ans	21 %	15,06 %	11,1 %
Part des médecins âgés de plus de 60 ans	24 %	27,52 %	30,2 %
Part des femmes	48,2 %	43,1 %	37 %

La distribution par âge des MG en activité régulière de la région Centre-Val de Loire met en évidence dans 5 départements sur 6 (Cher, Eure-et-Loir, Indre, Loir-et-Cher et Loiret) des proportions de médecins âgés de plus de 60 ans supérieures à la tendance nationale et des proportions de médecins de moins de 40 ans inférieures à la tendance nationale⁸. De même, la part des femmes y est plus faible⁸.

Le seul département indemne de ces caractéristiques est l'Indre-et-Loire, département siège de la faculté de médecine et du CHU, qui comporte 48,3 % de femmes MG et un taux de médecins âgés de moins de 40 ans à hauteur de 20,8 %⁸.

Voici représentées dans les figures suivantes, les comparaisons, entre le niveau national et celui du Cher, d'une part des âges moyens des MG et d'autre part de la féminisation de la profession⁸ :

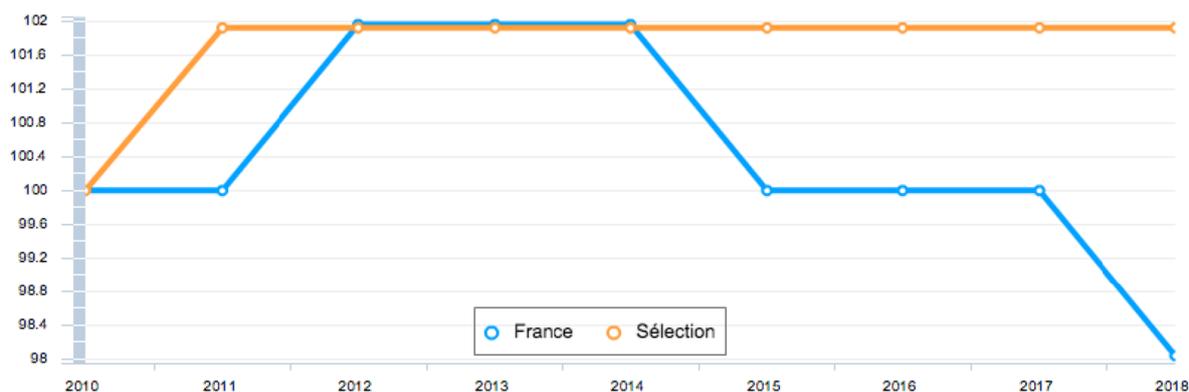


Figure 14: Évolution comparative temporelle entre 2010 et 2018 des âges moyens des MG au niveau national et départemental

Dans le Cher, l'âge moyen, à l'inverse des tendances nationales, n'amorce pas encore de descente.

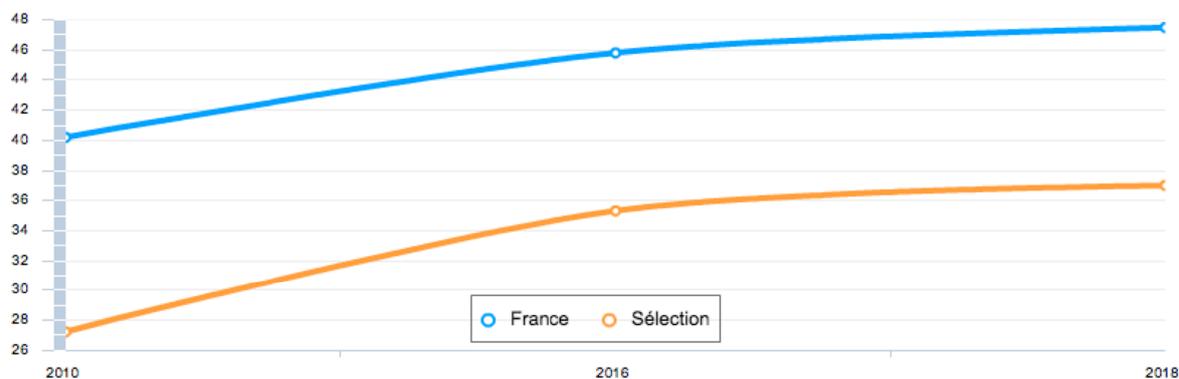


Figure 15: Évolution comparative temporelle entre 2010 et 2018 du taux de féminisation chez les MG au niveau national et départemental

La féminisation de la profession dans le Cher suit la même courbe qu'au niveau national, avec un décalage qui ne semble pas se combler pour le moment.

La carte suivante représente les typologies des départements basées sur l'analyse croisée des variations des démographies de la population générale et de celle des médecins.

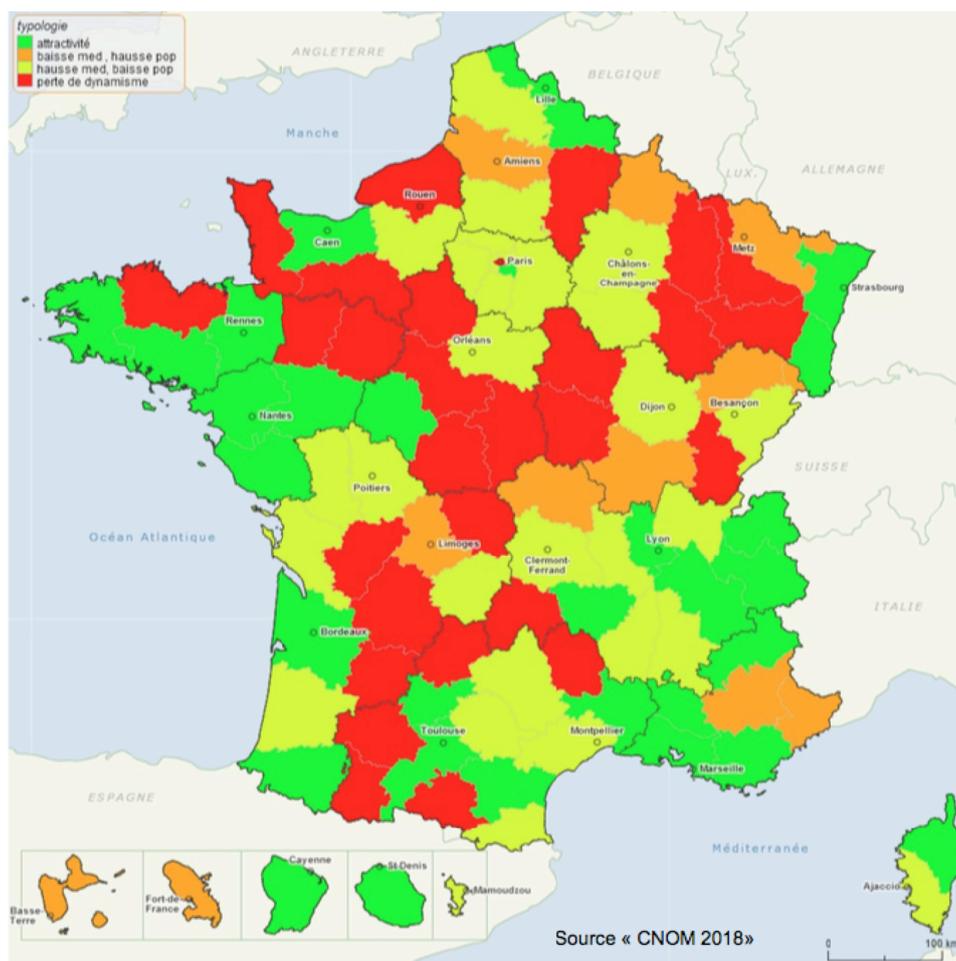


Figure 16: Typologie des départements basée sur l'analyse croisée entre variations des effectifs en population totale et de MG en activité régulière par départements

Le Cher fait partie des départements où les inégalités territoriales se creusent, responsables d'une perte de dynamisme, avec des baisses démographiques fortes dans un territoire déjà affecté par une faible démographie médicale et une part conséquente de population âgée.

d) Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

i) Concept

Outre le vieillissement de la population médicale et générale ainsi que le défi démographique que constitue la baisse du nombre de médecins généralistes, la question centrale de l'accessibilité aux soins de premier recours est posée à l'heure où le médecin généraliste est dit pivot de notre système de santé.

L'expression « désert médical » est souvent utilisée pour son caractère illustratif, mais sans définition précise de ce que cela signifie. Pour évaluer la possibilité d'accès aux soins, il est souvent fait référence à la démographie médicale calculée sur des bases régionales ou départementales, mais différents facteurs interviennent dans l'accessibilité à un médecin généraliste : proximité et disponibilité, influencées par la démographie médicale ; niveau d'activité ; nombre d'habitants ; besoin de soins ; etc...

D'où l'intérêt de définir plus précisément les notions couvertes de façon floue et approximative par le terme de « désert médical ».

Si la densité médicale renseigne sur la dotation globale en médecins d'une région par rapport à une autre, elle ne permet pas de tirer des enseignements précis sur l'accès aux soins des personnes concernées. En effet, une densité médicale repose sur l'hypothèse implicite selon laquelle tous les professionnels de santé du territoire concerné seraient accessibles à niveau égal pour l'ensemble de la population concernée : autrement dit le département est réduit à un point unique et les inégalités en son sein sont masquées.

Or les disparités sont essentiellement infra-régionales ou infra-départementales ²³⁻²⁵.

La DREES et L'IRDES ont élaboré un indicateur « Accessibilité Potentielle Localisée » pour définir les zones présentant une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins ²⁶.

La seule présence d'un MG dans une commune ne suffit donc plus à déterminer l'accessibilité aux soins. Il est également important de s'intéresser à la possibilité effective de consulter qui dépend de multiples facteurs, notamment de la structure par âge de la population.

L'APL tient compte de tous ces paramètres.

Ainsi, une population âgée, comme celle du Cher, génère une demande plus importante. Les déplacements des médecins, qui prennent du temps et diminuent le nombre de consultations possibles, augmentent aussi avec l'âge des patients et la faible densité de peuplement. Or le « Centre France » cumule ces deux caractéristiques ²⁴.

En moyenne en France, la population a accès à 4,1 consultations par an et par habitant. Les chiffres de 2016 sont sensiblement plus faibles dans le « Centre France » avec 3,5 consultations par an et par habitant. Elle n'est même que de 3,1 consultations par an et par habitant dans le Cher ²⁴.

Selon un arrêté du Ministère de la Santé de 2017 ²⁷, quand l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant, l'offre de soins est considérée comme insuffisante, et quand elle est comprise entre 2,5 et 4, elle est considérée comme non satisfaisante.

Les territoires de « vie-santé » dont l'APL est inférieure à 2,5 consultations accessibles par an et par habitant constituent la sélection nationale des zones d'interventions prioritaires (Zone A) automatiquement bénéficiaires d'aides à l'installation de professionnels de santé libéraux ou de centres de santé. Lorsque l'APL est située entre 2,5 et 4 consultations accessibles par an et par habitant, cela définit des zones d'intervention prioritaires supplémentaires (zones B).

Alors qu'au niveau national (hors DOM-TOM), en 2015, 8,1 % de la population vit dans une zone sous-dense au seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, ce taux est de 16,5 % en région Centre-Val de Loire, suivie de la Corse (15,2%), de la Bourgogne Franche-Comté (12,6%), de l'Auvergne-Rhône-Alpes (11,1%).

L'Île-de-France, quant à elle, comporte 9,9 % de sa population sous le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, mais du fait de son fort peuplement, concentre 22,5 % de la population nationale vivant sous ce seuil ²⁶.

Reste que les médecins présents dans ces zones sous-denses sont globalement plus âgés. La proportion de médecins généralistes âgés de plus de 60 ans, y est notamment plus élevée ¹⁰.

Les départs à la retraite plus nombreux dans les années à venir, combinés au déclin de l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié, de remplacement, pourrait contribuer à aggraver ces inégalités territoriales dans la décennie à venir.

ii) Visualisation de l'APL dans le Cher vis-à-vis du reste de la France

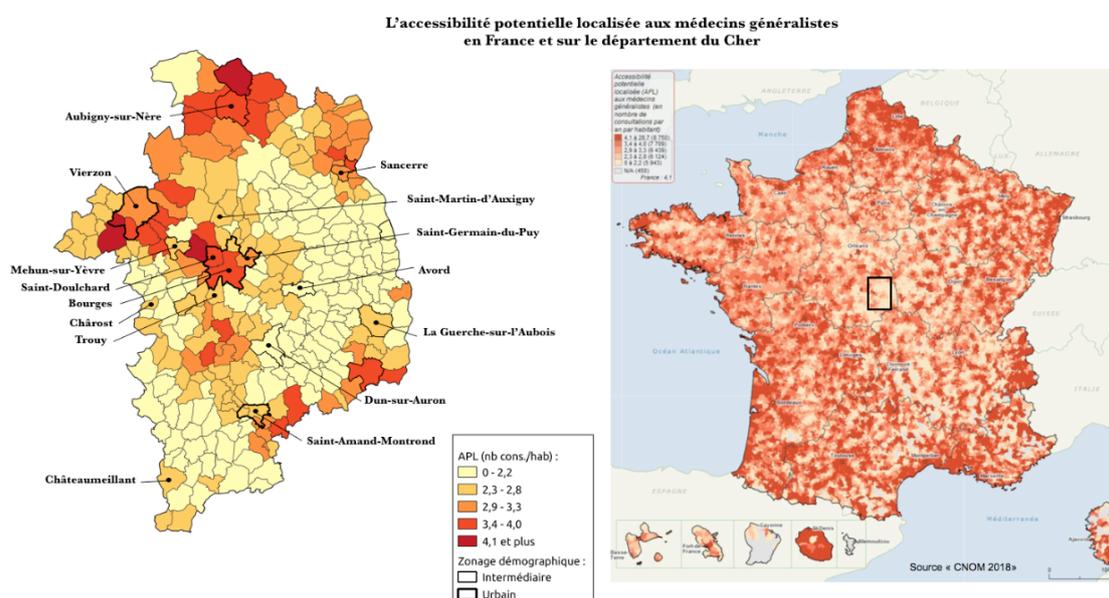


Figure 17: Visualisation de l'APL en France et dans le Cher

Pour conclure sur ces différents éléments, le Cher présente une baisse notable de ses effectifs de médecins généralistes en activité régulière sur la décennie écoulée, et dispose de peu de remplaçants pour pallier à ce manque.

La constitution par âge et genre montre une population de médecins généralistes vieillissante et sous-féminisée au regard des chiffres nationaux, mais également régionaux.

De plus cette population de médecins fragilisés est au service d'une population vieillissante donc plus demandeuse de soins, plus poly-pathologique et poly-dépendante.

C) Des évolutions générationnelles sur le rapport au travail qui entrent dans le champ de la médecine générale

1) Comment définir une génération : apport de la sociologie

Les sociologues ne sont pas tous d'accord pour définir une génération ¹.

Cournot (1872), Comte (1880), Mentré (1920), Dilthey (1947) tous sociologues de la fin du XIXe siècle au début du XXe siècle ayant travaillé sur la problématique des générations s'appuyaient sur des analyses associant événement historique et unité de générations.

En opposition à ces concepts teintés d'historicisme, Karl Manhein (2005) se démarque en dissociant rythmes historiques de la succession des générations, important le concept d'unité de génération, dans lequel coexistent des groupes concrets et distincts. Selon lui, être né à une certaine date, n'entraîne plus forcément l'appartenance à cette génération, mais introduit le phénomène de succession de générations non plus par le simple processus historique mais également par le changement sociétal, notamment lors des expériences de jeunesse, dans lesquelles baignent les individus de la-dite génération.

Claudine Attias-Donfut (1987), va plus loin que la théorie de Manhein, en notant que la désignation des membres d'une génération par des repères uniques (date, bouleversement sociétal, expérience de jeunesse) ne prend pas en considération les différenciations internes au sein d'une même génération, et insiste sur l'importance de la classe sociale ou la variable géographique dont le degré d'urbanisation ou encore le genre ²⁸. De plus, s'ajoutent les différences d'expositions, de réceptions et de réactions face à un événement sociétal important de la part des individus composant une « unité générationnelle », mettant l'accent sur le dilemme entre réalité sociale et disparité sociale.

Afin de pallier à ce dilemme, elle développe une série de propositions relatives à l'étude des générations, dont la théorie selon laquelle une génération ne se définit pas par elle-même, mais prend comme référence celle qui lui est antérieure, contre laquelle elle va se constituer, en estimant en cela que c'est dans une relation de réciprocité que s'opère la différenciation générationnelle.

La question d'une spécificité de la « jeune génération » a été particulièrement discutée dans le champ du rapport au travail ¹. La plupart de ces travaux distinguent généralement trois générations à partir de leurs années de naissance qui constituent actuellement la population active : les « baby-boomers », nés entre 1946 et 1964 ; la « génération X », dont les membres sont nés entre 1965 et 1980 ; la « génération Y », dont les membres sont nés entre 1981 et 1999. Chacune des générations identifiées est assimilée à un contexte économique et culturel particulier, dont découlent des comportements communs, en opposition avec la précédente, de la part des membres qui les composent.

2) Evolution du rapport au travail en population générale

Ronald Inglehart, en 1993, soutient la thèse selon laquelle l'évolution économique des sociétés tendrait à modifier le sens donné au travail, en identifiant trois temps ²⁹.

Dans un premier temps, le travail s'inscrirait dans un système de croyance et de respect de l'autorité. Il correspond à une « éthique du devoir », une obligation à l'égard de la société.

Le deuxième temps correspond au développement de valeurs rationnelles, où le travail revêtirait une dimension instrumentale qui apporte essentiellement une sécurité et un revenu.

Le troisième temps est celui du développement des valeurs « post-matérialistes », où la sécurité économique n'est plus une priorité.

Celle-ci est donnée à la qualité de vie et au bien-être subjectif, et le travail serait en ce sens lié à l'épanouissement personnel. Il estime en ce sens que « *les post-matérialistes privilégient davantage la qualité de vie que la croissance économique ; sur le plan individuel, ils accordent moins d'importance à la sécurité de l'emploi et à des revenus élevés qu'à un travail intéressant et gratifiant, ainsi qu'au fait de travailler avec des personnes agréables* ». Il soutient par ailleurs que ces valeurs post-matérialistes seraient relatives à la jeunesse.

Pour confirmer cette thèse, l'étude des résultats apportés par l'enquête « Histoire de vie »³⁰, réalisée en 2003 par l'INSEE, et surtout des différentes analyses réalisées sur cette étude par Hélène Garner³¹ permet de mettre en lumière les changements de priorité de la place du travail dans les générations.

On peut noter des différences générationnelles dans l'importance relative accordée au travail selon l'âge :

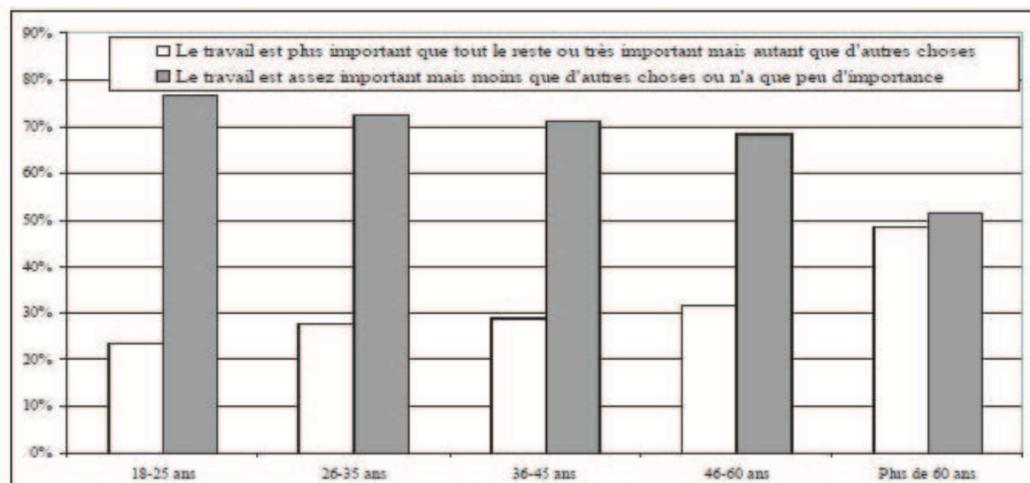


Figure 18: Importance relative accordée au travail selon l'âge dans l'enquête « Histoire de vie » de 2003

Cette enquête confirme par conséquent que les jeunes accordent moins d'importance au travail que les plus âgés, et que l'intérêt porté à celui-ci décroît au fil des générations.

Vis-à-vis de la place du travail dans l'identité des personnes³¹, pour ceux qui citent le travail en premier, la catégorie socio-professionnelle est un déterminant puissant avec une frontière nette entre les cadres et les indépendants pour lesquels le travail est une forte composante de l'identité et les employés et ouvriers pour lesquels il l'est moins. De plus, le niveau d'études est également un marqueur important pour ceux qui ont fait de longues études. Enfin, le type de travail est également un facteur influant, surtout si ce travail est un moyen de se réaliser ou une façon d'être utile à la société (citons les enseignants, les travailleurs sociaux, les salariés des hôpitaux et les professions de santé).

Concernant l'impact du genre et du statut parental³¹, c'est moins le genre que la présence d'enfants qui serait déterminant sur la place accordée au travail et différencierait les orientations des hommes et des femmes.

Dans cette perspective, le fait d'avoir des enfants réduit l'importance accordée au travail, pour les femmes davantage que pour les hommes : « *Le fait d'avoir des enfants diminue l'importance attachée au travail pour les deux sexes mais dans des proportions différentes : les femmes qui, sans enfant, accordent au travail autant d'importance que les hommes sans enfant, deviennent, en étant mères, celles qui en accordent le moins.* »

On peut estimer que les changements d'attitude par rapport au travail s'inscrivent dans une mutation socioculturelle qui concerne l'ensemble des sociétés européennes¹.

Ces changements s'articulent autour de trois axes principaux développés ci-après.

a) La féminisation du marché de l'emploi

Comme nous l'avons remarqué, l'importance de la place du travail n'est pas spécifiquement liée au genre. C'est la conséquence manifeste de la généralisation des couples bi-actifs, résultante de la féminisation progressive du marché de l'emploi. La part des femmes dans la population active au début du XXe siècle n'était que de 34,5 % en 1901, elle est de 47,7 % en 2018 ³² et les projections pour 2020 selon l'INSEE ³³ seraient de 48,3 % pour 2020. Cette progression ne fut pas linéaire, mais s'est accentuée à partir des années 1960, avant de s'accélérer dans les années 1980.

b) La réduction généralisée du temps de travail

Jean Viard met notamment en lumière l'allongement de l'espérance de vie et la réduction du temps de travail depuis le XIXe siècle ³⁴. Il explique qu'au début de ce dernier, un ouvrier ou un paysan avait une espérance de vie moyenne de 500 000 heures et travaillait environ 200 000 heures, soit 40 % de son temps de vie. L'espérance de vie moyenne est passée à 700 000 heures en 2002, avec un volume de travail qui s'est réduit à 67 000 heures, soit 9 % du temps de vie.

Le temps disponible n'a donc cessé de progresser au fur et à mesure de la diminution régulière de la durée du temps travaillé. Il faut prendre en considération les étapes significatives de cette réduction du temps de travail sur le siècle dernier : en 1936, la journée de travail de 8 heures et l'introduction de 2 semaines de congés payés ; en 1956, 1968 puis 1981 ajout d'une 3^e, 4^e, puis d'une 5^e semaine de congés payés ; en 2002 introduction de la semaine de 35 heures.

Au regard de ces dates qui ont ponctué la diminution du temps de travail tout au long du siècle dernier, Viard formule l'idée selon laquelle il se développe une « nouvelle culture légitime », fondée sur le temps libre, qui substitue celle construite autour du travail et de ses valeurs.

c) L'essor de la « civilisation des loisirs »

Egalement selon Viard, la réduction progressive du temps de travail a amené les individus à accorder de plus en plus d'importance aux temps libres. En conséquence, le travail, dont la place est relativisée, a perdu de sa légitimité et n'est plus le principal organisateur de la société. Il serait question, d'après l'auteur, d'une nouvelle culture du temps, du « temps à soi », affranchi de la place hégémonique qu'occupait jusqu'alors le travail. Les loisirs et les pratiques culturelles ne seraient plus des passe-temps, comme cela était le cas auparavant, mais rythmeraient désormais notre existence ³⁴.

3) Impact de l'évolution du rapport au travail mis en avant au sein de la médecine générale

a) Plus de couples bi-actifs, moins d'aidants familiaux

Selon une étude parue en 2005 relative à la situation professionnelle des conjoints de médecins, sur l'ensemble de la période 1990-2004, 83 % des médecins actifs occupés déclarent vivre en couple ³⁵.

Voici représentée page suivante selon Breuil-Genier, la proportion de conjoints actifs occupés hors aides familiaux, chômeurs, inactifs et sans conjoint selon le genre et l'âge du médecin.

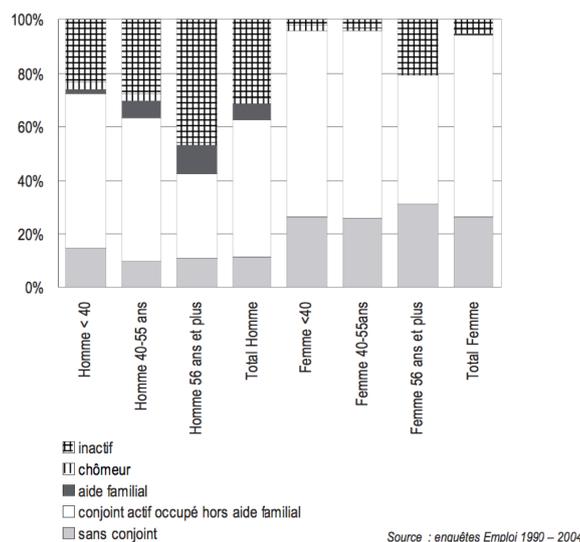


Figure 19: Type d'activité du conjoint du MG selon le genre et l'âge du médecin

On observe premièrement que la proportion de médecins ayant un conjoint inactif diminue au fil des générations, traduisant l'importance de gestion de doubles carrières chez les médecins les plus jeunes. Deuxièmement, on note que les aidants familiaux sont surtout l'apanage des hommes médecins et cela est d'autant plus marqué chez les médecins les plus âgés.

En somme, les conjoint(e)s de la jeune génération de médecins généralistes ne secondent plus leur époux dans leur exercice quotidien³⁵.

b) Attractivité vers le salariat

Au 1^{er} janvier 2015, les médecins généralistes exercent presque aussi souvent en libéral qu'au début des années 2000. Par contre, le profil selon l'âge de l'exercice en libéral a cependant profondément évolué au cours de la période. On observe ainsi une contraction significative de la part des médecins généralistes de moins de 50 ans exerçant en libéral, qui passe de 69% à 63%³⁶. Comme le mettent en avant divers sociologues et Lemaignan, le premier moteur de cet engouement est la recherche d'un meilleur équilibre de vie³⁷⁻³⁹.

c) Un rejet de l'*ethos* traditionnel où le médecin est « corvéable à merci » vers la recherche d'un équilibre de vie

Les recherches récentes et actuelles en sociologie mettent en évidence des préoccupations fortes sur les questions de qualité de vie chez les « nouvelles » générations de médecins. Néanmoins, ce sont des sujets d'études récentes qui n'ont pas été étudiés chez les générations précédentes de médecins, comme le démontre Bloy³⁸. Il est donc important de ne pas faire de raccourcis en mettant en avant « une dévalorisation du travail ou un déclin du sens de la responsabilité médicale d'une génération à l'autre ».

Plusieurs sociologues ont interrogé les effets de la féminisation parmi les nouvelles générations dont Schweyer, Bloy, Robelet et Lapeyre^{37,40-44}. Ils retrouvent une large place aux attentes et intentions de ces femmes médecins en matière d'équilibre de vie à atteindre. Pour atteindre cet objectif, elles mettent en place certains types de fonctionnement comme l'exercice en cabinet médical de groupe, plus flexible au niveau des horaires pour respecter la permanence des soins, partager des patients et des dossiers voire des cabinets, partager des charges...^{37,40,45-47} Gicquel évoque des « *Même locaux, jamais vacants* »⁴⁸.

d) Mais ces considérations sont à distancier du simple effet de genre

Le plus souvent, les travaux de ces sociologues font état d'une indifférenciation croissante des jeunes hommes et femmes dans les manières de se projeter dans la vie familiale et professionnelle ^{37,41,14,49}.

Sur cette base, le changement de rapport au temps de travail, le souci de qualité de vie ont pu être interprétés en termes d'effet de génération plus que de genre. Les jeunes femmes sont créditées d'une forme d'initiative dans la transformation de l'*ethos* de disponibilité permanente au patient ^{50,37,40,41}, mais c'est pour souligner aussitôt que les hommes leur emboîtent désormais volontiers le pas et cherchent à relativiser la place de l'exercice médical dans leur vie. C'est ainsi parmi les deux sexes que le « modèle du sacerdoce » est réputé ne plus faire recette, ce qui laisse espérer que le « dépassement du genre » se profilerait à l'horizon ^{41,40,51,52,44,53,54,37,47,55}.

Dans son travail de thèse de sociologie, David Bully se pose la question de savoir dans quelle mesure l'appartenance générationnelle des jeunes praticiens détermine leurs orientations à l'égard du travail et participe à la remise en cause de l'*ethos* traditionnel de la médecine générale ¹.

Pour cela, il a mené une étude qualitative par entretiens dirigés en 2014 sur un panel de médecins de Franche-Comté (remplaçants inclus), en classant deux groupes de médecins selon leurs âges : celui des médecins âgés de moins de 35 ans, constitué de moitié d'hommes et de femmes, et ceux âgés plus de 50 ans, à forte prédominance masculine.

Il met en avant une indifférenciation du genre sur la façon d'exercer des médecins les plus jeunes au sens où l'activité est pensée de façon à concilier sa vie privée et professionnelle. Les plus jeunes exerçant différemment leur profession et entretenant un rapport au travail spécifique qui révèle leur appartenance générationnelle en opposition à la génération des médecins plus âgés.

Les jeunes médecins sont donc à la recherche d'un équilibre où leurs différents rôles ne s'affrontent plus mais peuvent s'épanouir conjointement.

Ils expriment clairement vouloir adapter leurs conditions de travail en limitant leur activité professionnelle pour tenter d'obtenir une meilleure qualité de vie possible tant sur le plan familial que professionnel.

D) Comment évaluer le bien-être, la qualité de vie, la satisfaction d'un médecin ?

1) Des concepts proches mais différents

La qualité de vie (QdV) a été souvent confondue, avec des notions voisines, comme le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel (welfare) d'origine économique, le bien-être subjectif (well-being) d'origine psychologique et sociologique, la santé physique, d'origine médicale et la santé mentale, d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est une vie de qualité. Si chacune de ces notions a un champ relativement spécifique, elles se chevauchent en partie. C'est le concept de QdV qui est le plus général et intégrateur de tous ⁵⁶.

2) La qualité de vie

a) Concepts

La notion de QdV apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années 1950 et plus officiellement dans *Les Annales de Médecine Interne* en 1966. La QdV est un concept à la mode depuis les années 1980-1990 qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, des notions voisines (bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé). Elle concerne de nombreuses disciplines (médecine, épidémiologie, santé publique, sociologie, économie, psychologie de la santé, etc.) et fait l'objet de très nombreuses études. Pour s'en rendre compte, Medline fournit, par exemple avec le mot-clé « Quality of Life », seulement 2 références en 1970, contre 6 201 en 1990, 138 360 en 2010 et à ce jour plus de 300 000 références.

Quant aux outils mesurant la QdV, alors qu'on en comptait environ 80 à la fin des années 1980, leur développement est, lui aussi considérable, et il y en aurait environ 500 courant des années 2000.

Curieusement, cette augmentation ne semble pas s'accompagner d'une stabilisation de la définition du champ. La notion paraît évidente et banale, mais elle est en réalité complexe et difficile à définir.

Les conceptions de la QdV sont fort différentes selon que l'on en privilégie : les aspects objectifs (conditions et niveau de vie, état de santé...) ou subjectifs (satisfaction, bonheur, bien-être subjectif...); la totalité ou des composantes : physique (état fonctionnel, santé organique), mentale (santé psychique) ou sociale (réseau relationnel, ressources sociales).

L'Organisation Mondiale de la Santé, via le WHOQOL Group, a tenté une définition en 1994 : « *C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement* ⁵⁷ ».

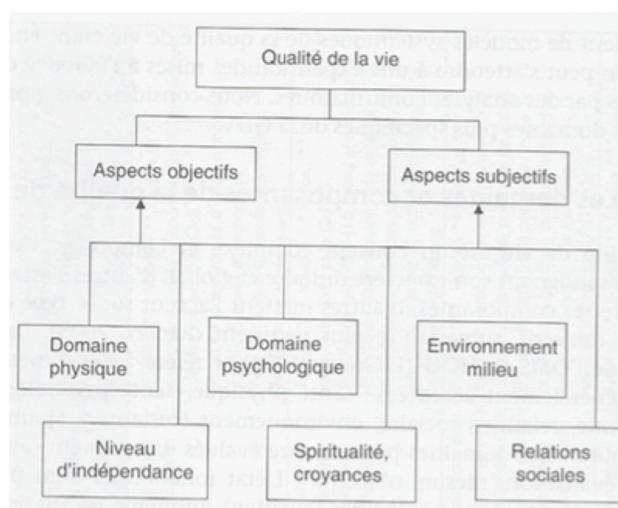


Figure 20: Une conception intégrative de la qualité de vie selon sa définition par l'OMS.

Cette évaluation n'est valable qu'à un instant T. Elle est subjective, intimement liée à l'individu et peut être altérée ou améliorée par n'importe quel événement de vie personnelle, sociale ou professionnelle par exemple.

b) Comment la mesurer ?

Comme nous venons de le mettre en évidence, il existe plusieurs qualités de vie mesurables selon ce que l'on cherche à mesurer. On peut donc retrouver des échelles de QdV sur le domaine physique, le domaine psychologique, le domaine social...

Comme nous venons de le mettre en évidence, la définition de la QdV étant complexe, sa mesure dépend du champ à explorer a priori non borné, induisant une observation et une mesure difficile dans sa globalité. Cela revient à quantifier du qualitatif, mais il y a cependant complémentarité et non irréductibilité entre approches qualitatives et quantitatives, la première concernant le choix et l'échantillonnage des items (validité de contenu) et permet à posteriori l'interprétation des résultats chiffrés, la seconde permettant d'évaluer les qualités psychométriques de l'outil, sa structure et son adéquation à un modèle.

Il existe deux sortes d'échelles de QdV (génériques et spécifiques). Les échelles génériques sont censées convenir à une grande variété d'individus et de groupes. Elles visent des aspects larges de l'existence, comme les ressources physiques, mentales et sociales des individus et la façon dont ils évaluent globalement leur vie. Les échelles spécifiques sont adaptées à certains groupes de patients (atteints d'une maladie, d'un handicap, soumis à un traitement) ou à des groupes particuliers (patients âgés, enfants, etc.). Ce sont des échelles de QdV liées à la santé, et elles sont de ce fait plus courtes et plus sensibles au changement que les mesures génériques, mais ne permettent pas de comparer des groupes différents (autres pathologies ou handicaps par exemple).

Dans notre sujet d'étude, les échelles génériques sont plus adaptées, car concernant une population *a priori* exempte de pathologies. Citons par exemple :

- WHOQOL-100 (*World Health Organisation Quality of Life*) et WHOQOL-BREF (1994) :

Avec 26 items, le WHOQOL-BREF est une forme abrégée du WHOQOL-100, un instrument visant le relevé de la QdV subjective. Celle-ci est définie comme une perception individuelle de la propre situation de vie dans le contexte de la culture et du système de valeurs, ainsi que par rapport aux objectifs personnels, attentes, critères d'évaluation et intérêts. Le WHOQOL-BREF a été développé en tant que questionnaire sur la QdV générique, et n'est donc pas limité à des domaines d'utilisation spécifiques. Le questionnaire est rempli par la personne interrogée. Le WHOQOL-BREF comprend les quatre domaines « santé physique », « bien-être psychique », « relations sociales » et « environnement ». La réponse aux items se fait avec une échelle de Likert à 5 niveaux (par exemple de « pas du tout » à « plutôt non », « à peu près », « la plupart du temps » à « complètement »). Il faut environ 7 minutes pour le remplir.

Il est important de souligner que dans la version brève, les deux premières questions « Comment évaluez-vous votre qualité de vie ? » et « Êtes-vous satisfait de votre santé ? » explorent à elles seules le domaine de la QdV globale et de la santé perçues, les autres items explorant les autres domaines.

- *Flanagan Quality of Life Scale* (1982) :

Cette échelle mesure autant la QdV globale que la QdV liée à la santé, en population générale comme chez des patients malades. Elle comporte 15 items, est réalisable en 5 minutes et explore la santé physique, mentale dont la compréhension de soi, la santé sociale dont les relations, les loisirs...

- QWB-SA : *Quality Of Wellbeing Scale-Self Administred* (QWB-SA) :

Cette échelle de qualité du bien-être est un questionnaire général qui évalue l'état général, la QdV et le bien-être au cours des trois jours précédents dans quatre domaines : activités physiques, activités sociales, mobilité et symptômes. C'est une échelle en 71 items qui prend 20 minutes à être complétée.

- PQVS (Profil de la Qualité de Vie Subjective) :

Cette échelle comporte trois mesures principales (satisfaction, importance, attente) et une facultative (la manière de faire face ou « coping »). Il explore quatre domaines principaux : la santé, le domaine relationnel, le domaine psycho-affectif, les conditions matérielles de vie. Ces quatre domaines sont couverts par une série d'items (27 au minimum) et pour chaque item il est demandé au sujet son degré de satisfaction, d'attente, ainsi que l'importance qu'il lui accorde.

Les échelles de QdV spécifiques liées à la santé les plus utilisées sont notamment l'*European Quality of Life Instrument* ou EQ-5D, le MOS (*Medical Outcome Study*) SF-36, le NHP (*Nottingham Health Profile*), le SIP (*Sickness Impact Profile*)...

Différentes échelles permettent d'explorer également certains aspects de la QdV, notamment le domaine de la santé avec l'échelle de Duke, le domaine du travail avec l'échelle de Karasek....

Dans sa thèse d'exercice, Thiebault met en avant une forte corrélation entre le questionnaire de Duke et une auto-évaluation de QdV via une échelle analogique visuelle, et propose de ce fait cette technique comme un outil valable de mesure de la QdV⁵⁸.

De nombreux thésards ont d'ailleurs repris cette technique depuis 2003.

3) La satisfaction dans la vie globale puis dans le champ du travail

Le concept de satisfaction dans la vie a émergé à la fin des années 1960 avec notamment les travaux de Bradburn, en relation avec l'émergence de la psychologie positive et un intérêt croissant pour l'épanouissement personnel.

Elle résulte de la comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux. La satisfaction dans la vie est évaluée le plus souvent globalement, mais elle peut aussi concerner des domaines de vie plus spécifiques (travail, famille, loisirs, santé...).

Parmi les échelles de satisfaction de vie globale, nous pouvons citer :

- L'échelle de Cantril, un des premiers instruments introduits dans la quête métrique de la satisfaction de vie en 1965, est formulée comme suit : « *Voici une échelle qui représente l'échelle de la vie. Supposons que le sommet de l'échelle représente la vie la meilleure pour vous, et le bas de l'échelle la vie la pire pour vous. Où vous situez-vous personnellement sur cette échelle en ce moment ?* ».

- L'échelle de Diener *Satisfaction With Life Scale*, qui mesure la satisfaction générale envers la vie. Elle a été secondairement adaptée en langue française par Blais, est constituée de 5 items et est réalisable en moins de 5 minutes⁵⁹.

Comme pour la QdV, la satisfaction dans la vie peut être explorée dans différents domaines, et notamment celui du travail. L'approche de la satisfaction au travail est multidimensionnelle.

Plusieurs concepts ont émergé et sont résumés dans le tableau ci-dessous⁶⁰ :

Tableau 5: Les différents concepts de la satisfaction au travail et leurs auteurs

Différents concepts de l'approche de la satisfaction au travail	Auteurs
Il s'agit d'un <i>état émotionnel</i> : réponse émotionnelle positive face à une expérience de travail. La perception positive de l'expérience de travail est instable car elle évolue en fonction des expériences et des attentes du travailleur.	Locke (1976) ; Adams & Bond (2000)
Il s'agit d'une <i>évaluation</i> : l'individu appréhende l'écart perçu entre ce qu'il attendait de son emploi et ce qu'il en est réellement	Mignonac (2004) ; Iglesias & al. (2010) ; Patterson et al. (2010)
Il s'agit d'une <i>dynamique</i> : « l'individu est en constante adaptation afin de maintenir le niveau de satisfaction qui lui convient » et qui « évolue en fonction des besoins et des aspirations de l'individu et de la réalité vécue dans le travail au sein de l'entreprise. Elle résulte de l'action des forces internes et externes à l'organisation »	Meyssonnier & Roger (2006)

Comme dans le cadre de la QdV, il existe des échelles mesurant certaines dimensions du travail, des échelles évaluant la satisfaction au travail de manière globale et des échelles mixtes.

Vis-à-vis de la satisfaction globale au travail, nous pouvons citer comme échelles validées l'*Echelle de Satisfaction globale au travail*, l'*ESVP* ou *Echelle de Satisfaction avec la vie professionnelle*, dérivation de l'*ESV* de Diener...

Pour des échelles n'explorant que certaines dimensions, citons par exemple le *Job Description Index*, le *Minnesota Satisfaction Questionnaire* ou le questionnaire *Saphora Job* destiné au monde des soignants...⁶⁰

L'échelle de Diener a donc été adaptée au domaine du travail par Fouquereau et Rioux en 2002⁶¹.

Il s'agit de l'*Echelle de Satisfaction avec la vie professionnelle*. Lors des tests de structure factorielle et de cohérence interne, elle a été soumise à des populations travaillant dans le domaine de la santé, entre autres populations.

4) Rapport travail-hors travail, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée

Il est commun de constater que les personnes qui travaillent sont sensibles à l'équilibre entre le travail et ce qu'elles vivent en dehors de celui-ci⁶². Elles ressentent des oppositions entre ces domaines de vie, des difficultés à jouer simultanément différents rôles sociaux qu'exigent leur situation de travailleur, de membre de famille ou de citoyen.

Elles espèrent trouver le meilleur équilibre qui soit, rêvant en cela à cet état de stabilité, de synergie, de sérénité non conflictuelle entre les exigences contradictoires que forment toute vie.

Cet équilibre doit permettre de réaliser un travail qui a du sens pour la personne, dans lequel elle se sent reconnue, qui lui procure du plaisir et lui permet d'utiliser et de développer ses compétences. L'équilibre personnel se traduit à la fois par la satisfaction et l'implication dans son travail mais aussi dans un épanouissement de sa vie familiale, sociale et affective⁶². Ce constat et cette préoccupation sont plus marqués chez les générations les plus récentes, car se pose également la question de la gestion de deux carrières au sein de couples bi-actifs.

Le thème de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée fait intervenir les notions de conflit, d'enrichissement et d'harmonisation⁶³.

La notion de conflit, apparue dès 1964 avec Kahn, se fonde sur la théorie des rôles selon laquelle une personne peut avoir à gérer des rôles différents selon qu'elle soit en famille, au travail, membre d'organisation... Ainsi le conflit travail-famille est « une forme de conflit inter-rôles dans lequel les pressions des rôles associés aux domaines du travail et de la famille sont à certains égards mutuellement incompatibles ».

Le concept d'enrichissement émerge secondairement avec Kirchmeyer en 1992, indiquant que « le temps passé dans certains domaines du hors-travail peut augmenter l'offre de ressources disponibles pour le travail. Les répondants perçoivent une telle participation comme les enrichissant sur de nombreux plans et développant des compétences utiles pour le travail ».

Plus récemment, McMillan et al. (2011) introduisent une nouvelle notion, celle de l'harmonie⁶⁴.

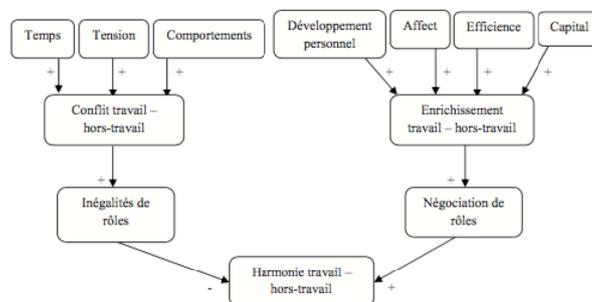


Figure 21: Modèle de l'harmonie travail-hors travail selon McMillan, Morris et Atchley

Ils définissent l'harmonie travail-hors travail par « *un arrangement individuel agréable et congruent des rôles au travail et au hors-travail qui se confondent en un seul récit de vie* ». Ils définissent que l'harmonie apparaît lorsque les ressources procurées par l'enrichissement travail-hors travail telles que le développement personnel, l'affect, l'efficacité et les gains de capital, servent à améliorer ou atténuer les facteurs de stress comme le temps, les comportements et les tensions provenant du conflit travail-hors travail. Ils proposent un modèle de l'harmonie travail-hors travail intégrant les concepts de conflit et d'enrichissement.

L'harmonisation travail-hors travail est un déterminant majeur de la satisfaction au travail.

Toutes les formes de conflits sont responsables d'une insatisfaction dans le travail ^{65,62,64,63,66}. La satisfaction dans le travail est également liée à la charge de travail, au soutien possible dans les collègues...

On peut mesurer l'équilibre travail-hors travail, via différentes mesures ou échelles, par exemple :

- Pailhé et Solaz, proposent en 2009 une mesure via une question unique selon une échelle de Likert, « *Etes-vous très, assez, peu ou pas du tout satisfait de votre emploi actuel en termes de conciliation vie familiale – vie professionnelle ?* » ;

- « *Work-family balance* » développée par Carlson en 2009 ⁶⁷ ;

- L'échelle SWING « *Survey Work-Home Interaction Nijmegen* » de Geurts (2000), est composée de 22 items et a été adaptée en langue française par Lourel et al. en 2005. Elle permet d'explorer les deux axes du conflit et de l'enrichissement selon leurs aspects positifs et négatifs ⁶⁸.

5) Déterminants de l'équilibre de vie du médecin retrouvés dans la littérature

a) Déterminants propres au médecin

- Viser une vie personnelle et familiale épanouie, c'est le premier moteur de la QdV professionnelle ^{69,70}. Pour ce fait, il faut insister sur la qualité de la relation de couple ⁷¹, privilégier des temps à soi personnels ^{71,72}, réaliser des activités personnelles, extra-médicales ^{69,73} comme une activité physique régulière ⁷¹. Cela passe par la nécessité d'arriver à dissocier le temps professionnel d'un temps personnel ^{70,74-76} tout en gardant la possibilité de consacrer du temps à ses proches et sa famille ^{70,77,78}. Pour cela, on peut s'aider en ayant recours à une aide au domicile pour les tâches ménagères ⁴⁵.

- Choix du lieu d'installation en fonction de déterminants personnels propres à chaque médecin ^{52,73}. On remarque par ailleurs que c'est actuellement le milieu semi-rural qui attire le plus les plus jeunes (du fait de la proximité des services urbains notamment pour le conjoint (souvent lieu d'emploi) et de la QdV hors zone urbaine).

Pour les mères :

- Amener ses enfants à l'école (surtout le matin), prendre les dîners en famille, temps disponible auprès de ses enfants d'au moins 3 heures par jour ⁷¹

b) Déterminants professionnels

i) Détermination avec les caractéristiques du choix d'installation

Le choix d'installation doit être réfléchi en amont, rentrant dans un projet « familial » ^{35,79} afin de s'assurer un soutien secondaire ⁶⁹. Connaître le lieu d'installation, éventuellement par des remplacements ou une collaboration antérieure, permet de se réaliser son réseau de soins ^{69,79}.

Pour le choix d'un lieu d'installation, les facteurs qui priment sont prioritairement ^{80,69} : l'épanouissement personnel et familial ⁵², la possibilité d'exercer le mieux possible sa profession, une localisation compatible avec les attentes du conjoint ⁷⁹ ; secondairement la relation avec les patients et l'environnement géographique ⁷⁹ et de façon anecdotique les revenus et l'utilité sociale ⁸⁰.

Il est intéressant de souligner que les politiques d'aide financière à l'installation ne sont pas un facteur déterminant ^{79,80}.

ii) Déterminants en lien avec la relation médecin-malade

La relation médecin-malade est au cœur de ce métier. Il faut trouver la bonne distance entre éducation inflexible et adaptation à chacun d'eux pour instaurer une relation durable et de qualité ^{69,77,81}. L'éducation de la patientèle est fondamentale et doit être instaurée d'emblée ⁴⁰. Elle portera sur différents éléments dont le mode de fonctionnement du cabinet, l'organisation de la permanence des soins ⁷⁹, le respect de la vie privée du médecin. Le médecin devra également se montrer ferme dans certains cas, savoir dire « non » quitte à opérer une sélection négative au sein de sa patientèle ^{70,73}. Il est utopique de vouloir plaire à tout le monde, il faut savoir rester en accord avec ses valeurs ^{70,73}. Cela implique de savoir s'adapter au niveau de la relation ^{69,82}.

c) Déterminants en lien avec la façon d'exercer

- Instaurer de bonnes relations interpersonnelles avec respect, convivialité et bonne communication avec l'ensemble de ses interlocuteurs, l'isolement étant connu comme source de difficultés ^{69,73,78}.

- Maîtriser sa charge de travail :

L'importance de la charge de travail est un élément à lui seul. Thiebaut met en avant qu'indépendamment du sexe et du lieu d'exercice ⁵⁸, plus la charge de travail est importante moins la QdV est bonne ^{39,58,78}, et peut-être à l'origine de répercussions sur la vie familiale ⁷². L'organisation de son temps professionnel est primordiale ⁸³. La charge de travail doit donc être bien estimée, délimitée et maîtrisée ^{70,84}. Dans ce sens, les consultations sur rendez-vous améliorent la satisfaction ^{85,86}. Le rythme de travail doit être adapté (plages d'urgence, consultations complexes), permettant ainsi une meilleure flexibilité. De plus, travailler à des rythmes trop soutenus favorise la perception d'un déséquilibre travail-hors travail et induit une insatisfaction au travail ^{39,63,87}. Il faut savoir se donner des limites ⁷³, tout en restant flexible ⁶⁹.

Il n'existe pas de temps de travail hebdomadaire idéal, il est propre à chaque médecin. La durée du travail hebdomadaire, lorsqu'elle est longue, entraîne quant à elle une insatisfaction, mais d'une façon relativement moins marquée pour les plus gros travailleurs. On peut penser qu'il y a là aussi un effet de sélection, les très longues durées de travail ne pouvant être totalement subies par les médecins.

On retrouve cependant un effet paradoxal : même si des durées de travail longues impactent la satisfaction professionnelle, le nombre d'actes réalisés doit être suffisant pour l'atteindre ⁸⁸.

Il est également important de s'octroyer des temps de repos, et notamment de congés suffisant ^{85,89,90}.

Cette maîtrise de sa charge de travail peut se faire par un exercice regroupé ⁸⁸ ce qui apporte de nombreux avantages, notamment le partage des dossiers, une meilleure répartition de la permanence des soins, pouvant induire une réduction du temps de travail hebdomadaire, un partage des charges (ménage, loyer, consommables, partage de locaux en cas de mi-temps) et de ce fait une accessibilité plus simple à un secrétariat et à des remplaçants ⁹¹. Il est néanmoins mis en avant l'écueil de la mauvaise association ^{73,92}. Des avantages sont également perçus avec l'exercice solitaire ⁹² mais Lemaignan ³⁹ insiste sur le fait qu'exercer seul est en soit un facteur négatif pour la QdV.

- Bonne organisation au sein du cabinet ^{69,91} :

Une bonne organisation du cabinet est un élément revenu avec insistance : le fait de pouvoir se décharger des tâches administratives ^{58,93} pour se recentrer sur le cœur du métier : l'activité de soins. Les principales mesures proposées par les médecins-conseils de l'association MOTS en 2017, mais également retrouvées chez d'autres auteurs, sont d'avoir recours à un secrétariat ^{45,88}, à un comptable ⁹⁴, à l'informatisation du cabinet ^{88,92} et à la recherche de remplaçants.

- Penser sa prévoyance et souscrire un contrat d'assurance ^{69,94}.

- Poursuivre sa formation continue ^{45,69,74,76} :

Viser une pratique pointue et professionnelle en privilégiant la qualité à la quantité, en entretenant la richesse des motifs de recours et en se dégageant des temps pour la formation. Les formations étant d'ailleurs vues comme « une bouffée d'air » qui permet de lutter contre l'isolement ⁷⁸ de sortir du cabinet, de se sociabiliser ⁴⁵.

- Devenir MSU :

Cela renforce la satisfaction en permettant de lutter contre l'isolement ⁷⁸, de remettre sa pratique en question, de valoriser le praticien en temps que formateur, de permettre de rencontrer des remplaçants potentiels. De ce fait, cela permet également d'améliorer l'équilibre travail-hors travail ⁹⁵⁻⁹⁸.

- Diversification / spécialisation :

La diversification et la sur-spécialisation font débat comme facteurs protecteurs ou non de satisfaction professionnelle. Selon certaines études, elles sont mises en avant pour leurs côtés stimulants et leurs intérêts intellectuels ⁴⁵, mais cela n'est pas retrouvé de façon consensuelle dans les études qualitatives.

La satisfaction professionnelle était même plus importante dans cette étude de Milliasseau chez les médecins qui ne pratiquaient que « peu » d'activités complémentaires ⁸⁵.

Selon une étude d'un panel d'experts des soins de premiers recours, du fait de la démographie médicale actuelle, cette tendance à la diversification est même jugée inopportune car il y a risque de déviation d'une partie des effectifs de MG vers une pratique hors du champ de la Médecine Générale comme définie par la WONCA ⁹⁹.

E) Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

1) Définitions et historique

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) s'inscrit dans l'éventail des pathologies liées au travail.

En France, la notion d'épuisement est posée en France par Claude Veil ¹⁰⁰ dès 1959. Même s'il ne le définit pas comme un syndrome, il décrit scientifiquement les états d'épuisement au travail.

C'est en 1969 que Loretta Bradley, professeur et coordonnatrice des conseillers d'éducation de l'Université Technique du Texas, désigne pour la première fois le stress professionnel par le terme de burn-out.

En 1974, dans son article *Staff burn out*, Herbert Freudenberger fait la première tentative de description de l'affection : le *Burn-Out Syndrome* («B.O.S.»), dans lequel se trouve le personnel soignant des Free Clinics, décrit comme de jeunes idéalistes, très investis professionnellement et émotionnellement avec des patients toxicomanes. Il définit ce burn out comme la perte de motivation d'une personne pour son travail, surtout quand sa forte implication n'a pas produit les résultats escomptés.

En 1976, Christina Maslach, psychologue américaine et chercheuse en psychologie sociale, le définit comme « *L'incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* »

Puis en 1980, Freudenberger et Richelson le définissent ainsi : «*Un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie, ou une relation, qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement du travail.*».

Le SEPS se déploie dans un contexte où le travail est un engagement dans la défense de causes collectives. Pour Freudenberger, le SEPS provient de l'écart entre un idéal de changement et la réalité de l'environnement de travail.

En 2019, l'OMS le définit comme « *un syndrome résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès* » et de ce fait le rattache spécifiquement au monde professionnel. Cela constitue une progression dans son interprétation, qui pourrait permettre à terme la reconnaissance de ce syndrome en tant que maladie.

Initialement considéré comme une pathologie des soignants, ce syndrome fut progressivement élargi à tous les travailleurs. Toutefois, notre profession y est plus sujette, par rapport à la population globale et à d'autres professions d'aide ¹⁰¹⁻¹⁰³.

Vis-à-vis de la spécialité, Guedon met en avant que les résultats sont discordants et ne permettent pas de conclure à une spécialité plus exposée ¹⁰⁴.

Toutefois, il est communément admis que les spécialités comme les médecins spécialisés en soins palliatifs, les urgentistes, les anesthésistes-réanimateurs, les psychiatres ou les médecins généralistes souffrent plus de cette problématique, mais le SEPS implique toutes les spécialités médicales ou chirurgicales ¹⁰⁵, dès la formation ¹⁰⁶.

2) Clinique

Pour cette partie nous nous sommes basés sur les travaux de Christina Maslach et al. et des Professeurs Didier Truchot, Eric Galam et Philippe Colombat ainsi qu'un guide de prévention édité par l'INRS 101,107-110.

a) Les différentes phases du SEPS

Une première phase de surinvestissement se caractérise au niveau quantitatif par un temps passé sur le lieu de travail de plus en plus important même si le rendement est faible, entraînant une perte d'équilibre entre le temps professionnel et le temps dédié à la vie personnelle. Au niveau qualitatif, l'individu présente un investissement important sur le plan émotionnel et en termes d'énergie.

S'y succède une phase d'évitement caractérisée par une attitude qui consiste à éviter de s'impliquer dans certaines situations de soins difficiles. Puis l'individu présente une phase d'apathie qui se traduit sur le lieu de travail par de la fatigue, un manque d'énergie, un ralentissement dans la réalisation des tâches. En dehors du travail cette apathie se traduit par une absence d'activités personnelles, sociales, culturelles, sportives ...

Enfin apparaît une phase d'apathie avec frustration chronique qui se traduit par l'expression d'un sentiment de manque de reconnaissance, de l'irritabilité, une insatisfaction chronique.

L'épuisement professionnel se conçoit comme « un processus de dégradation du rapport subjectif au travail à travers trois dimensions »:

- L'épuisement émotionnel (EE): C'est la dimension la plus centrale qui se traduit par un épuisement émotionnel, psychique et physique. Il s'agit d'une fatigue intense faisant suite à une exposition continue à des facteurs de risques psycho-sociaux. Elle se manifeste par l'incapacité du soignant à accueillir de nouvelles émotions. Le temps de repos habituel ne suffit plus à soulager cette fatigue qui tend à se chroniciser.

- La dépersonnalisation (DP) par l'apparition d'un cynisme vis-à-vis du travail qui conduit à une déshumanisation de la relation à l'autre : c'est le noyau dur du SEPS. L'attitude du soignant devient dure, froide, détachée. Le soignant s'érige des barrières protectrices en mettant à distance les patients. Ce phénomène apparaît progressivement à l'insu du soignant et malgré lui. Elle correspond à une forme d'auto-préservation de l'individu vis-à-vis des difficultés qu'il côtoie dans sa pratique professionnelle (stratégie d'adaptation).

- Perte de sens de l'accomplissement personnel (AP) au travail : perte de la satisfaction qu'apporte le travail avec pour conséquence une dévalorisation de soi et l'apparition d'un sentiment d'inefficacité, de culpabilité, de frustration et de démotivation.

Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants se traduit donc à la fois par une érosion de l'engagement (en réaction à l'épuisement), une érosion des sentiments (à mesure que le cynisme et la dépersonnalisation s'installent) et une érosion du sens d'être soignant (vécue comme une crise personnelle).

Dans les cas les plus extrêmes, le soignant peut se trouver dans un état physique et psychique tel qu'il ne peut pas poursuivre son activité, ce qui peut être vécu comme une rupture, un effondrement soudain, alors que des signes avant-coureurs discrets pouvaient le laisser présager.

b) Les symptômes

i) Manifestations émotionnelles et affectives

Elles se caractérisent par une perte de l'estime de soi, un repli sur soi ou un manque d'entrain. L'individu peut être irritable, tendu, hypersensible, ou bien ne manifester aucune émotion, tous ces signes survenant progressivement et contrastant avec le profil de personnalité antérieurement connu.

ii) Manifestations physiques

Les manifestations physiques sont les plus fréquentes. On note davantage de troubles du sommeil, une fatigue chronique due à un sommeil qui n'est plus réparateur et des tensions musculaires avec des douleurs rachidiennes (dos, nuque). Il y a parfois une prise ou une perte soudaine de poids. Céphalées, nausées, vertiges sont également observés.

iii) Manifestations cognitives

En termes cognitifs, le burn out a un retentissement sur les capacités d'attention et de traitement de l'information dont dispose l'individu : diminution de la concentration, difficultés à réaliser plusieurs tâches à la fois, à nuancer, à prendre des décisions. Erreurs mineures, fautes, oublis sont également constatés.

iv) Manifestations comportementales ou interpersonnelles

Sur le plan interpersonnel, le soignant peut se replier sur soi, s'isoler socialement, ou avoir un comportement agressif, parfois violent, traduisant une diminution de sa tolérance à la frustration qu'il ressent professionnellement. Moins enclin à l'empathie, l'individu est moins touché par les problèmes des autres et peut aller jusqu'à traiter ces derniers comme des objets. Se sentant dans une situation inextricable, il peut éprouver du ressentiment et de l'hostilité à l'égard des patients ou des autres soignants qu'il côtoie dans son travail. Des comportements addictifs peuvent apparaître face à la tension ressentie : tabac, alcool, tranquillisants souvent auto-prescrits, drogues, etc.

v) Manifestations motivationnelles ou liées à l'attitude

Se sentant déprécié dans son travail, l'individu peut se désengager progressivement. Baisse de motivation et moral en berne s'accompagnent d'un effritement des valeurs associées au travail. Ne pouvant changer la situation dans laquelle il se trouve, il peut avoir le sentiment d'être pris au piège et douter de ses propres compétences. L'individu peut alors se remettre en cause professionnellement et penser qu'il n'est plus capable de faire son travail comme avant : il se dévalorise.

Cette multiplicité de symptômes illustre bien la difficulté à définir le phénomène. Il faut ajouter à ces difficultés de définition, le fait qu'aucun individu ne présente un tableau clinique d'épuisement professionnel qui soit pur. Aucun des symptômes n'est pas ailleurs spécifique^{101,107,109}. La plupart de ces manifestations sont communes à de nombreuses pathologies, en particulier dans le vaste champ de l'exposition au stress. Leur association doit donc être interprétée en fonction du contexte.

Ce syndrome n'est pas un diagnostic référencé dans les deux classifications médicales faisant référence : la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) et le Manuel de Diagnostic et Statistiques des troubles mentaux (DSM-V)^{102,104,109}. Depuis mai 2019 et la révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-11), le burn-out est toujours considéré comme un phénomène lié au travail, mais n'est toujours pas classé dans les maladies.

Ainsi il ressort de ces classifications médicales que le burn out ne se caractérise pas par un « diagnostic clinique » unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établis.

c) Diagnostic différentiel

- Le SEP n'est pas un syndrome dépressif ^{104,110,111}.

Tableau 6: Différences entre SEPS et syndrome dépressif

Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants	Dépression
<ul style="list-style-type: none">- Lié spécifiquement au travail- Conservation du goût des choses dans les aspects de la vie autres que le travail.- Estime de soi et réalisme plus grands, vitalité plus forte que pour la dépression- Le SEP peut s'aggraver en dépression	<ul style="list-style-type: none">- Contamine tous les aspects de la vie- Caractérisée par une perte du goût des choses et de la vie- Plus faible estime de soi, défaitisme, moins grande vitalité- Les antécédents de dépression peuvent favoriser l'apparition d'un SEP

Toutefois, il existe une relation non négligeable entre la dépression et la dimension d'épuisement émotionnel du SEPS.

- Il est différent du stress au travail, dans le sens où le stress fait référence à un processus adaptatif temporaire à la différence du SEPS qui s'inscrit dans le temps ¹⁰⁹.

- Il est également différent de l'addiction au travail ou « workaholisme » où les ressources adaptatives ne sont pas épuisées. Toutefois les formes d'addiction au travail peuvent dans certains cas conduire au SEPS ^{104,110}.

- Il se distingue du syndrome de fatigue chronique où les signes somatiques y sont francs, tandis que dans le SEPS les symptômes s'appuient, en tout cas initialement, sur des signes psychologiques. De plus, l'origine de la fatigue chronique ne prend pas nécessairement sa source au travail ^{104,111}.

d) Comment le mesurer

Différentes échelles de dépistage existent :

Le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) est l'échelle la plus connue. Elle se compose de 22 items permettant de réaliser 3 scores qui évaluent chacune des 3 dimensions du syndrome d'épuisement professionnel, l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement professionnel.

Le MBI est l'instrument d'évaluation le plus souvent employé pour mesurer la sévérité du burn-out. C'est le questionnaire scientifiquement validé le plus utilisé aujourd'hui.

Néanmoins le MBI ne permet pas de poser un diagnostic. Il permet de mesurer la sévérité du burn-out.

Il existe des questionnaires explorant d'autres dimensions du SEPS.

Citons par exemple :

- Le *Burnout Measure* (BM) en deux versions, longue (21 items) et courte (10 items), qui explore l'épuisement professionnel en trois niveaux : physique, émotionnel et mental ;

- Le *Oldenbourg Burnout Inventory* (OLBI), qui explore l'épuisement émotionnel, le désengagement et la fatigue, en 15 items. ;

- Le *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), qui explore, en 19 items, trois dimensions du burn-out : l'épuisement personnel, l'épuisement professionnel et l'épuisement relationnel.

Mais aucun de ces outils n'est un outil diagnostique.

3) Prévalences retrouvées du SEPS chez les médecins généralistes

Tableau 7: Quelques prévalences retrouvées du SEPS chez les MG dans la littérature

Auteurs, Lieu, Type de population (ML : médecins libéraux, MG)	Taux d'EE élevé	Taux de DP élevé	Taux d'AP bas	Degré faible de SEP	Degré moyen de SEP	Degré sévère de SEP
¹¹² Truchot, 2001 Bourgogne (n=394) ML	47,2 %	32,8 %	29,2 %	47 % ^{113,114}		
¹¹⁵ Truchot 2003 Champagne-Ardennes (n=408) ML	42,3 %	44,5 %	37,4 %			
¹¹⁶ Truchot, 2004 Poitou-Charentes (n=515) MG	40,3 %	43,7 %	43,9 %			
¹¹⁷ EGPRN Study, Europe 2004 (n=1393) MG	43 %	35 %	39 %	31,5 %	21,4 %	12 %
¹¹⁸ Cathébras, 2004 Loire, (n=306, taux de réponse 64 %) MG	26 %	34 %	19 %	34 %		5 %
¹¹⁹ Philippon, 2004 Rhône-Alpes (n=189, taux de réponse 72%) MG	25 %	24 %	42 %			
¹²⁰ Jarry, 2005 Indre et Loire (n=496) MG	25 %	29 %	25 %	51 %		
¹²¹ El Ouali, 2006 Cher, (n=127, taux de réponse 59 %) MG	25,2 %	33,1 %	29,1 %			
¹²² Truchot, 2009 Champagne (n=259) MG	43,2 %	33 %	30 %			
¹²³ Dusmenil, 2009 Provence Côte d'Azur (n=511, taux de réponses 96,4%) MG	23 %	19,6 %	10,6 %			1 %
¹²⁴ Humbert, 2010 MG Franche-Comté (n=428, taux de réponse 38,69%)	33,6 %	33,6 %	28,1 %			
¹¹⁴ URLM, 2015 Limousin (n=333, taux de réponse 41,4%) MG	20,4 %	35,6 %	65,6 %			13,8 %
¹²⁵ Bontoux, 2016 Gers (n=130, taux de réponse 69,1%) MG	26,2 %	22,3 %	20 %	30,7 %	8,4 %	6,9 %
¹²⁶ Macet et Kerihuel, 2016 Cher, (ensemble médecins du Cher dont MG=40 résultats ci-contre)	18 %	20 %	23 %			

4) Déterminants reconnus du SEPS chez les médecins généralistes

Selon un référentiel ¹⁰⁹ et des thèses d'exercice en médecine générale et notamment une revue de la littérature (¹⁰⁴ p.33-38), des facteurs sont identifiés comme protecteurs et/ou aggravants.

a) Facteurs protecteurs

- La montée en âge dans le sens de l'acquisition d'expérience ^{101,104,127}
- Le statut marital et familial : Etre en couple ^{101,120,119,104,125}, lien inconstant mais protecteur si présent. Avoir un ou des enfants ^{128,71,129,104} ; néanmoins c'est un élément à affiner selon le nombre et l'âge des enfants surtout pour les enfants d'âge pré-scolaire ^{71,129}
- Un mode d'exercice regroupé, (^{130,131}), toutefois le nombre d'associés est également important (notamment si ≥ 4 associés ¹³² avec diminution de l'AP)
- Entretenir de bonnes relations avec ses confrères ¹²³
- Avoir une activité annexe ^{118,133,125}, autant d'activités qui donnent au médecin un sentiment d'utilité sociale, qui multiplie ses contacts tout en le ressourçant ; réaliser de l'enseignement (compagnonnage) ^{95,104} ; Travail sur soi, de réflexion ¹³⁴.
- Entretenir ses connaissances et interagir avec d'autres MG : FMC, groupes de pairs ^{127,133}
- S'accorder du temps pour soi : temps de vacances suffisant, exercice physique régulier ^{135,121,136,128}, disposer d'une prévoyance ¹³³
- Le sentiment d'efficacité dans la prise en charge de ses patients ^{123,124,137}
- Avoir un secrétariat formé ^{136,133}

b) Facteurs aggravants

- Antécédent psycho-pathologique ; Personnalité et traits de caractères du médecin : notamment une tendance perfectionniste, anxieuse, pessimiste, à l'introversion, et présenter des difficultés d'adaptation ^{101,107,109}.
- Avoir un idéal soignant élevé qui entraîne un décalage entre les attentes du soignant et la réalité du terrain ^{101,124,109,131}.
- L'état de santé du médecin (maladies chroniques avec présence d'un lien fort entre incapacité à s'occuper de sa propre santé et épuisement professionnel) ^{138,104,139,89,87}, impact du manque de sommeil ^{78,89} sur l'épuisement émotionnel. Concernant leur état de santé, ces médecins se plaignent en priorité de fatigue, de troubles du sommeil et de stress. Il existe des liens forts entre la perception de ces 3 différents symptômes et l'apparition ou la présence d'un SEPS. ⁸⁹
- La consommation d'alcool, tabac et psychotropes (cause ou conséquence ?) ^{138,104,87}
- Choix de carrière en second choix ^{106,109,104}, manque de vocation/motivation ¹⁰⁹, désir de reconversion ^{109,129}
- Le travail « empêché, mal fait », ^{78,124,131} mis en avant par Truchot au sens d'un travail impossible à faire convenablement en raison de la charge de travail, du manque de temps pour l'éducation thérapeutique ou pour le soutien psychologique des patients, de l'impossibilité d'utiliser toutes ses connaissances en raison des exigences, de faire des choses contradictoires ¹³³ ou qui devraient être faites autrement, du manque de communication avec les différents intervenants ^{124,131}.
- La charge de travail excessive durable et répétée ^{78,109,131} : c'est un élément extrêmement fort retrouvé dans de nombreuses études. Guedon lors de sa revue de la littérature a identifié 31 études portant sur ce sujet. Le nombre d'heures de travail hebdomadaire qui semble être un nombre pivot entre facteur protecteur et aggravant tourne aux alentours des 55 à 60 heures ^{58,140,45,119,104,87,141}.
A ce propos, Truchot met en avant que, plus que la valeur absolue du nombre d'heures de travail, la charge de travail est un stressor quand il existe des interruptions régulières pendant le travail, des sollicitations permanentes, des tâches administratives excessives, des temps de pause insuffisants dans la journée, des confrontations à des cas complexes, une accumulation du travail en retard... ¹³¹ Galam met également en avant la plus grande importance du nombre de consultations par jour (surtout si $\geq 30/j$) par rapport au volume horaire ¹⁰².
- Les contraintes administratives ^{124,131}, le sentiment de non-reconnaissance ¹²².
- L'activité routinière entraîne une baisse des scores d'AP et une montée de la DP, au contraire de l'impact positif que constitue la pratique d'activités annexes.
- Les temps de consultation courts ¹³¹ avec majoration de la dépersonnalisation.
- Problématiques de la relation médecin-malade avec situation de conflits avec les patients : attentes irréalistes ¹⁰¹, remises en cause ¹²⁴, déséquilibres de la relation médecin-malade ^{122,124}.
- Toutes formes de déséquilibre travail-hors travail ^{78,123,124,142,143,109,144,104,66,141}.
- Difficultés financières ou de garde des enfants ^{71,109}

c) Facteurs tantôt retrouvés comme protecteurs ou aggravants

- Le sexe : la différence est faible, non toujours présente. Selon la revue de la littérature réalisée (29 études sur ce critère) par Guedon ¹⁰⁴, les résultats concernant l'apparition d'un SEPS sont discordants. Tantôt le risque est accru chez les hommes notamment vis-à-vis de la DP ¹⁰¹, tantôt le risque est accru chez les femmes notamment vis-à-vis de l'EE ^{101,118}.
- Le lieu d'exercice (rural versus semi-rural versus urbain), l'activité salariée versus libérale, la spécialité médicale, une possible sur-spécialisation : ce sont des éléments discordants d'une étude à l'autre ^{104,129}.

II- OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes libéraux en activité du département du Cher ainsi que ses facteurs prédictifs liés à l'âge, traité par classe d'âge : les médecins âgés de 40 ans et moins et ceux âgés de 55 ans et plus.

Le choix de ces différentes classes d'âge étant basé sur la littérature à disposition pour se rapprocher au mieux d'une part des générations dites des « Baby-boomers » et de la génération « Y » et d'autre part pour se rapprocher des travaux de Bully, menés en 2016 ¹.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les mêmes facteurs prédictifs pour la perception de satisfaction professionnelle (SP), de qualité de vie (QdV) personnelle et sociale, de Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) et de l'apparition d'un conflit travail-hors travail (CTHT).

Pour mener à bien cette recherche, nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale descriptive sur les médecins généralistes libéraux du Cher en activité régulière, remplaçants inclus, exerçant majoritairement dans le Cher, hors activité particulière prédominante, sur la période du 7 décembre 2018 au 15 février 2019.

A l'issue de mon travail de thèse, j'informerai les médecins des principaux résultats et conclusions de mon enquête afin que mon travail serve au niveau local à sensibiliser les médecins concernés.

J'accompagnerai ce courrier des coordonnées d'un centre d'aide, celui de l'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) elle-même coordonnée avec le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) depuis cette année. (voir annexe).

III- MATERIEL ET METHODES

A) Population étudiée

Une base de données de tous les MG installés du Cher a été établie avec comme sources :

- les données démographiques disponibles de l'Agence Régionale de la Santé (fichier de dernière actualisation de mars 2018) ;
- l'annuaire Améli ;
- les Pages jaunes (édition papier d'octobre 2018 et sur internet).

Par cette méthode, le total des médecins répertoriés est de 251 médecins.

Les critères d'exclusion étaient :

- L'exercice prédominant en dehors du département du Cher ;
- Cessation d'activité : retraite ou judiciarisation, (déterminée via le site société.com) ;
- Activité salariée prédominante ;
- Activité particulière prédominante (allergologie, angiologie, acupuncture/homéopathie, endocrinologie/nutrition, expertise prédominante et médecin du sport).

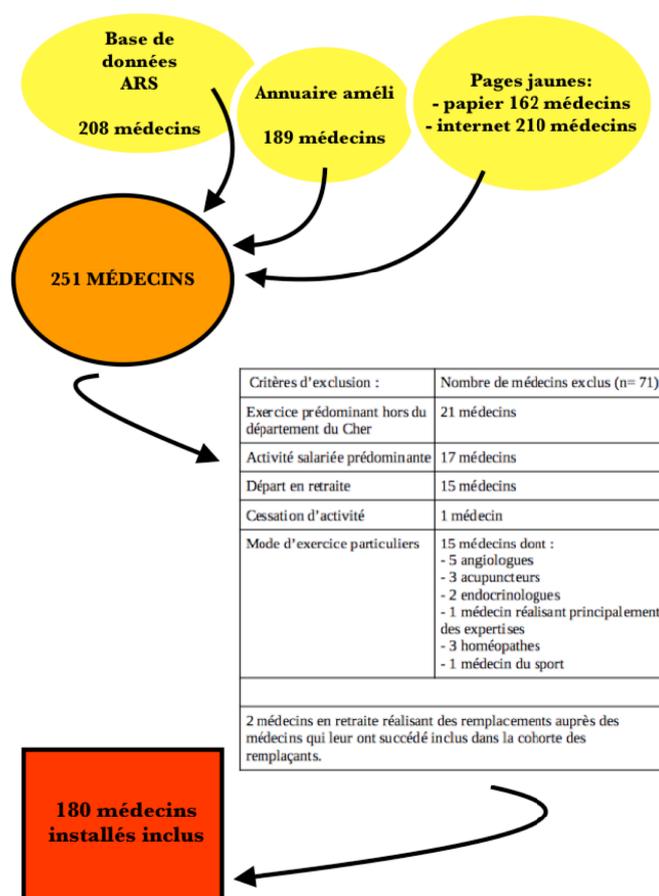


Figure 22: Diagramme de flux des MG installés

Le total des médecins inclus est de 180 médecins généralistes libéraux installés en activité régulière dans le Cher hors exercice particulier.

Pour les remplaçants, nous avons réalisé notre cohorte à partir de 6 axes :

- La liste non exhaustive des remplaçants en exercice tenue par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Cher, et mise à disposition des médecins généralistes ;

- Le report des médecins initialement identifiés comme étant installés mais faisant en réalité des remplacements auprès des médecins ayant pris leur succession ;
- Le recueil des identités de leurs remplaçants auprès des MG interrogés par téléphone ;
- La technique de boule de neige à partir des médecins remplaçants identifiés. Il leur a été demandé d'une part s'ils correspondaient aux critères d'inclusion de notre étude et d'autre part s'ils connaissaient d'autres remplaçants ;
- Le site rempla.centre ;
- Une annonce via Facebook sur les pages de remplaçants de la région Centre-Val de Loire et des internes de médecine générale de l'université de Tours, mais qui n'a abouti à aucune nouvelle identification.

Par cette méthode, le total des médecins remplaçants répertoriés s'élève à 42 remplaçants.

Les critères d'exclusion étaient :

- Exercice prédominant en dehors du département du Cher ;
- Activité non libérale ;
- Reprise d'études ;
- Non activité pendant la période d'inclusion ;
- Médecin menant l'étude.

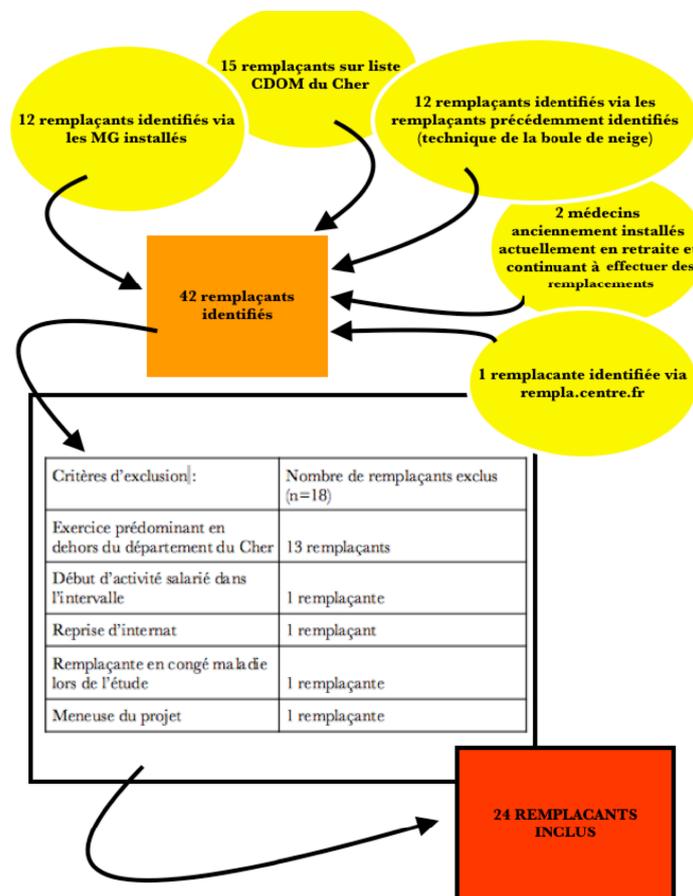


Figure 23: Diagramme de flux des MG remplaçants

Le total des médecins remplaçants inclus au final s'élève à 24 médecins remplaçants.

Le nombre total de médecins inclus dans la cohorte d'étude s'élève donc à 204 médecins, répartis en 180 médecins installés et 24 médecins remplaçants, constituant la base d'envoi d'un questionnaire de recueil de données.

B) Outils

Le questionnaire de recueil des données auprès des 204 médecins constituant la population étudiée a été construit comme suit (voir annexe) :

- une première partie de recueil des caractéristiques de base de la cohorte (genre, âge, situation maritale et parentalité) ;
- une deuxième partie de recueil de la situation professionnelle portant sur des déterminants primordiaux de la SP, de la QdV (personnelle et professionnelle), de l'émergence de CTHT et des facteurs d'épuisement professionnel reconnus ;
- une troisième partie sur la mesure de la SP, de la QdV personnelle et sociale, du ressenti de CTHT et de la survenue de SEPS par l'intermédiaire de différents tests ou échelles.

Le but étant de bâtir un questionnaire suffisamment précis pour explorer le maximum de déterminants possibles, mais aussi suffisamment court pour optimiser le taux de réponse et donc l'exploitabilité secondaire des résultats.

Les déterminants retenus sont :

- le lieu d'installation (rural, semi-rural, urbain) ;
- le mode d'exercice : seul ou en groupe (groupe ou MSP) ;
- la présence d'un secrétariat ;
- l'emploi du temps ;
- le nombre de consultations et de visites à domicile hebdomadaires ;
- le nombre d'heures hebdomadaires travaillées ;
- la participation à la permanence de soins ainsi que le nombre de gardes (semaine et WE effectuées par mois) ;
- le nombre de semaines de vacances annuelles ;
- la possibilité d'être remplacé lors de ses congés.

Les tests ou échelles retenus sont :

- *L'échelle de satisfaction de vie professionnelle (ESVP)*. Elle est issue de l'échelle *Satisfaction With Life Scale* de Diener, traduite en langue française par Blais puis secondairement adaptée au champ professionnel par Fouquereau et Rioux ⁶¹.
- Des échelles analogiques d'auto-évaluation de la QdV, personnelle et sociale, familiale et de loisirs. Cette technique a été validée par Thiebaut dans sa thèse ⁵⁸.
- Une partie de l'échelle « *Survey Work-Home Interaction-Nijmegen* » (SWING) de Geurts ⁶⁵, (2000), traduite en français et validée par Lourel en 2005 ⁶⁸, permettant de rechercher la présence d'un conflit travail-hors travail au sens où le travail amène au sein de la cellule familiale des éléments négatifs (WHI). Deme et Lourel, ont en outre, utilisé cette échelle chez des professionnels de soins ⁶⁶.
- L'échelle *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, outil utilisé dans près de 90% des études traitant du burn-out, validé internationalement et en langue française ¹⁰¹.

Une demande d'avis pour validation du projet auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a été réalisée. L'étude sortant du champ d'application de la loi Jardé, une simple mise en conformité vis-à-vis de la CNIL fut réalisée en respectant la notion d'information des participants, avec possibilité de refus de participation par une lettre jointe au questionnaire.

Une demande d'avis au Groupe Éthique Clinique du CHU de Tours a été demandée en parallèle et acceptée secondairement en date du 3 juin 2019 (voir annexe).

C) Procédure

Une première série de contacts téléphoniques auprès de tous les médecins installés de la cohorte fut réalisée. Ce fut le moment d'expliquer le projet afin de favoriser l'adhésion et la participation à l'étude, d'éclaircir certains aspects (libéral ou salariat prédominant, exercice particulier prédominant, âge) et surtout de récupérer l'identité des remplaçants avec accord de ces derniers.

La deuxième série d'appels téléphoniques ciblait cette fois-ci les remplaçants identifiés.

Le but de ce contact téléphonique était de permettre un recrutement supplémentaire via la technique de la boule de neige, d'informer les remplaçants sur le but de l'étude et de recueillir les informations pertinentes de caractérisation de la cohorte (âge).

Toutes ces informations (identité, adresse postale, type d'activité) ont été rentrées dans un fichier de type tableur afin de réaliser le publipostage pour l'envoi des questionnaires.

L'anonymisation fut réalisée par un intervenant extérieur avec réalisation d'un code aléatoire unique à 4 chiffres généré avec un logiciel de type tableur.

Il n'existe pas de fichier où le code et l'identité sont à disposition du médecin menant l'étude, ce qui a permis de mener cette étude en aveugle.

Le publipostage et l'envoi par voie postale du questionnaire avec lettre timbrée de retour a été réalisé le 7 décembre 2018. Lors de la période d'inclusion, les codes seulement étaient suivis, par l'intervenant extérieur, afin de parvenir à une liste de « codes non répondants ».

Deux relances téléphoniques ont pu être réalisées sur la deuxième quinzaine du mois de décembre 2018 et sur la première quinzaine du mois de janvier 2019, encore une fois en suivant une technique en aveugle.

L'intervenant extérieur, seule personne ayant accès au tableur mettant en lien identité et code, a fourni une liste de médecins non répondants uniquement aux dates de relance téléphonique.

Cette liste de médecins non répondants fut également transmise à des « médecins relais » de différentes classes d'âge afin de potentialiser le taux de médecins répondants.

Devant le taux de réponse initial au 10 janvier à 53 % brut, la décision d'une relance postale avec allongement de la période d'inclusion jusqu'au 15 février 2019 a été décidée avec le directeur de thèse.

Quatre questionnaires reçus après période de recueil, le tampon de la poste faisant foi, n'ont pas été inclus.

D) Analyse statistique

Le dépouillement des résultats a été réalisé d'un bloc à l'issue de la période de recrutement des données pour éviter tout biais de mémorisation ou de déduction qui aurait pu résulter de la connaissance de la liste des médecins non répondants.

Les résultats ont été rentrés dans un tableur indépendant afin de constituer une base de données ne comportant pour seul lien avec l'identité des répondants que leur code d'anonymisation.

Les bases de données ainsi constituées ont permis de mener des analyses statistiques, notamment grâce au site Pvalue.io¹⁴⁵.

Les tests choisis ont été :

- pour les analyses univariées :

- analyse de deux variables qualitatives : *Chi2* ou *Fischer* selon la taille des effectifs

- analyse de deux variables quantitatives : *Corrélation de Pearson*

- analyse d'une variable qualitative en fonction d'une variable quantitative : si deux groupes *Mann-Withney* ou *Student* ou si plus de deux groupes : *Kruskall-Wallis* ou *Anova*.

- pour les analyses multivariées : des régressions logistiques et linéaires avec nécessité, pour l'échelle AP, d'une transformation logarithmique réalisée par un statisticien professionnel.

Toutes les analyses multivariées suivantes ont été réalisées sur l'âge, en absolu et selon les classes d'âge étudiées, sur le genre, sur le type d'activité et selon les variables explicatives présentant un $p < 0,3$ en analyse uni-variée, quand l'effectif était suffisant.

IV- RÉSULTATS

A) Taux de participation à l'étude

Le taux de participation total (incluant les réponses hors délai) est de 75,49 %, celui des résultats dépouillés est de 73,53% dont 67,16 % de réponses analysables, excluant les réponses hors délai et les questionnaires jugés non complets pour nos critères de jugements.

Le diagramme de flux des réponses réceptionnées se présente comme suit :

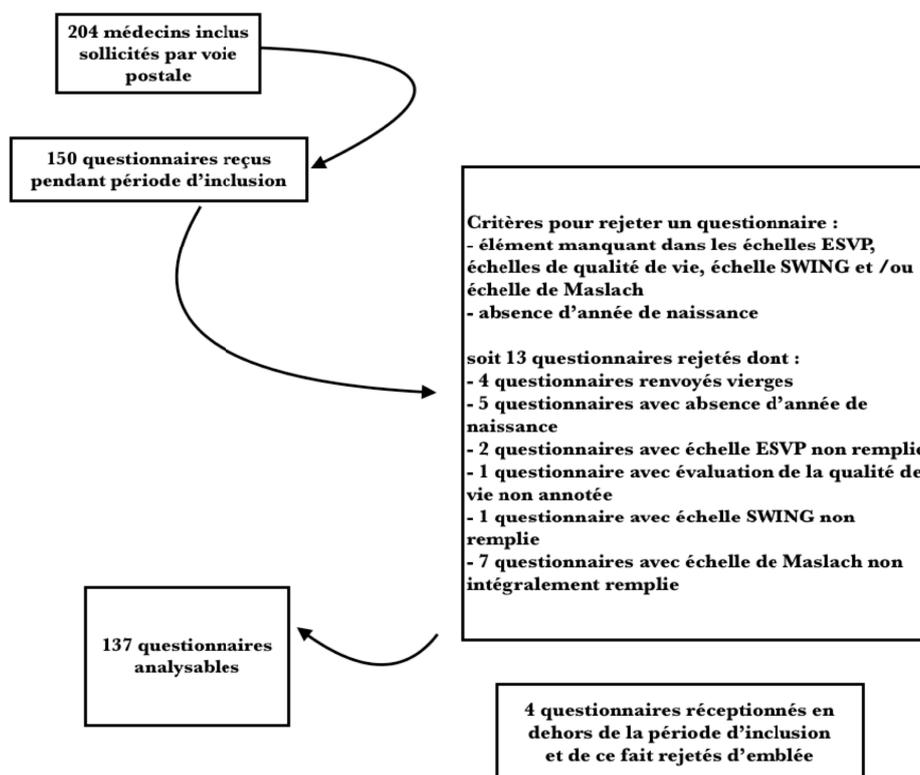


Figure 24: Diagramme de flux des réponses

Tableau 8: Distribution des répondeurs selon le genre, l'âge et le type d'activité

	Hommes	Femmes	Agés de 40 ans et moins	Agés de 41 à 54 ans	Agés de 55 ans et plus	Installés	Remplaçants	Retraités en activité	TOTAL
Cohorte	137	67	44	52	108	180	22	2	204
Répondeurs	98	52	36	35	74	130	18	2	150
Répondeurs exploitables	90	47	34	32	71	120	17	0	137
Taux de participation	71,53 %	77,61 %	81,82 %	67,31 %	68,52 %	72,22 %	83,33 %	100 %	73,53%
Taux de réponses analysables	65,69 %	70,15%	77,27 %	61,54 %	65,74 %	66,67 %	77,27 %%%	0 %	67,16%

Ce sont les remplaçants (83,33%) puis les médecins âgés de moins de 40 ans (81,82%) et les femmes (77,61%) qui ont le plus participé à l'étude.

Néanmoins, on observe que la participation est bonne chez l'ensemble des sous-populations.

B) Description de la population

1) Données socio-démographiques de base

a) Age et genre

Voici la pyramide des âges des médecins réponders exploitables :

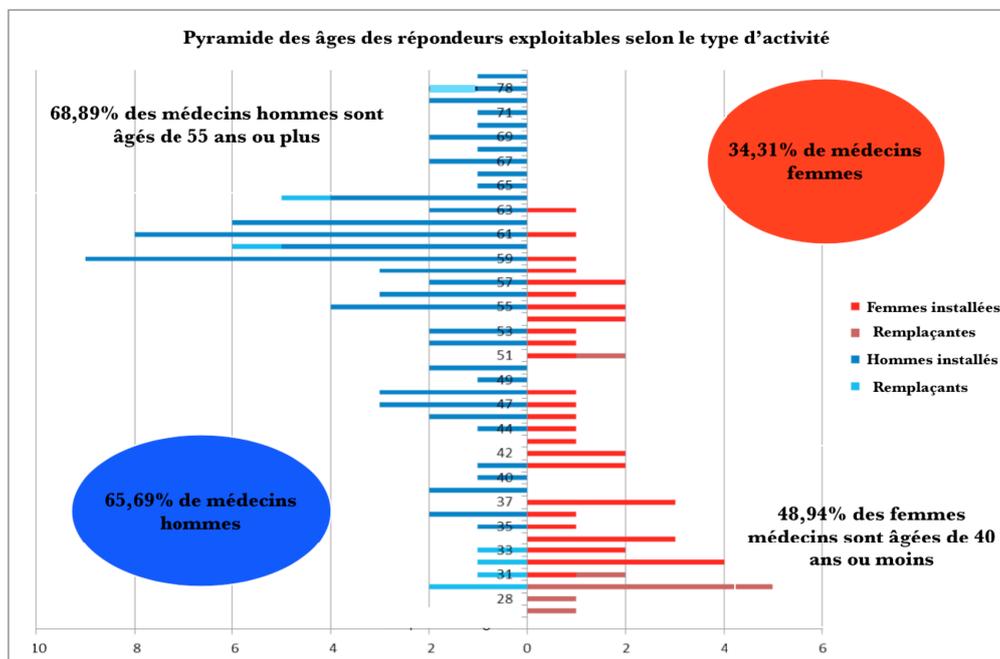


Figure 25: Pyramide des âges des médecins réponders

Il s'agit d'une population à prédominance masculine, néanmoins la tendance s'inverse en fonction des âges. Voici les caractéristiques selon l'âge, le genre et le type d'activité :

Tableau 9: Caractéristiques des MG selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité

	Ensemble population exploitable	Hommes	Femmes	Médecins installés	Médecins remplaçants
Effectifs (n=137) Distribution	n=137 (100 %)	n=90 (65,69%)	n=47 (34,31%)	n=120 (87,59 %)	n=17 (12,41 %)
Age moyen (± écart type)	51,39 ans (± 12,97)	56,31 ans (± 11,17)	41,98 ans (± 10,84)	53,3 ans (± 9,4)	37,8 ans (± 11,9)
Age médian, [quartiles]	55 ans [50-62]	59 ans [50-62]	41 ans [32-53]	56 ans [45-61]	30 ans [30-33]
Effectifs et distribution dans la classe des médecins âgés de ≤ 40 ans. (n=34)	34 médecins 24,81 %	11 hommes 32,3 %	23 femmes 67,7 %	21 installés 61,76 %	13 rempl. 38,24 %
Effectifs et distribution dans la classe des médecins âgés de [41-54] ans (n=32)	32 médecins 23,35 %	17 hommes 53,1 %	15 femmes 46,9 %	31 installés 96,88 %	1 rempl. 3,13 %
Effectifs et distribution dans la classe des médecins âgés de ≥ 55 ans (n=71)	71 médecins 51,82 %	62 hommes 87,3 %	9 femmes 12,7 %	68 installés 95,77 %	3 rempl. 4,23 %

Les femmes médecins sont plus jeunes que leurs confrères, en moyenne de 14 ans.

Les remplaçants sont pour la majorité âgés de moins de 40 ans, 4 remplaçants seulement ayant plus de 40 ans. La répartition des remplaçants par genre y est plus homogène : 8 hommes et 9 femmes.

b) Statut marital et parentalité

i) Statut marital

Voici présentées, les différentes réponses apportées à la question du statut marital :

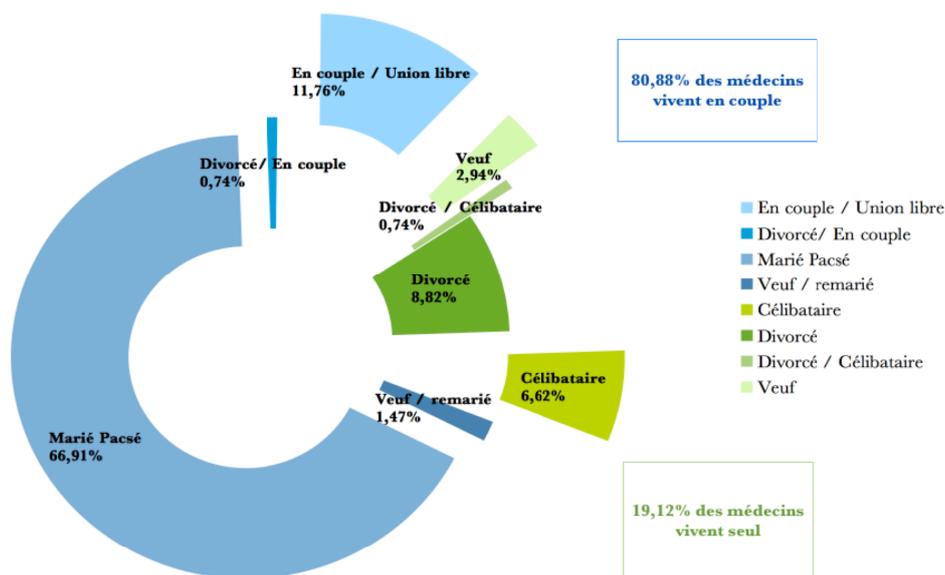


Figure 26: Distribution des MG selon le statut marital

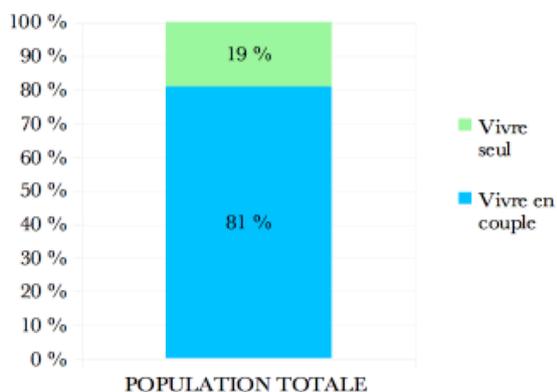


Figure 27: Distribution des MG selon le critère de vivre en couple ou seul

Tableau 10: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon le fait de vivre seul ou en couple

	Médecins vivant en couple	Médecins vivant seul
Effectif (n=136) Distribution	110 médecins 80,88 %	26 médecins 19,12 %
Age moyen (écart-type)	51,15 ans (± 13,09)	52,12 ans (± 12,76)
Age médian [quartiles]	55 ans [38 - 61]	54 ans [44,75 - 59]
Hommes (n=89) Distribution	74 hommes 83,15 %	15 hommes 16,85 %
Femmes (n=47) Distribution	36 femmes 76,60 %	11 femmes 23,40 %
Remplaçants (n=17) Distribution	13 remplaçants 76,47 %	4 remplaçants 23,53 %

Les médecins de notre étude vivent majoritairement en couple.

Les médecins vivant en couple sont en moyenne légèrement plus jeunes que ceux vivant seuls.

Les hommes vivent un peu plus souvent en couple que les femmes médecins.

ii) Parentalité :

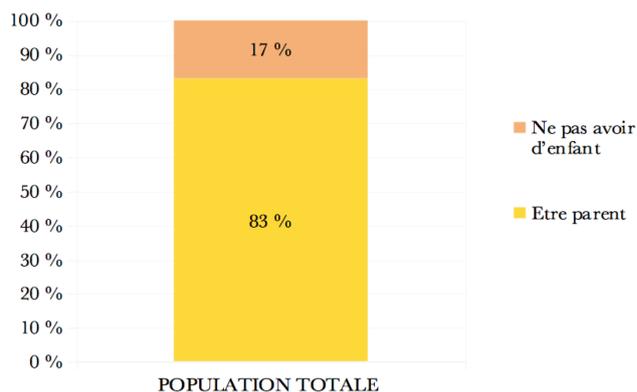


Figure 28: Distribution des MG selon la parentalité

Tableau 11: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'exercice selon la parentalité

	Avoir des enfants	Ne pas avoir d'enfants
Effectif (n=136)	113 médecins	23 médecins
Distribution	83,09 %	16,91 %
Age moyen (écart type)	53,93 ans (± 11,77)	38,57 ans (± 11,17)
Age médian [quartiles]	57 ans [47 -61]	33 ans [30-45,5]
Hommes (n=89)	79 hommes	10 hommes
Distribution	88,76 %	11,24 %
Femmes (n=47)	34 femmes	13 femmes
Distribution	72,34 %	27,66 %
Remplaçants (n=17)	5 remplaçants	12 remplaçants
Distribution	29,41 %	70,59 %

Les médecins installés de l'étude sont pour la majorité parents, à contrario des remplaçants qui ne le sont que pour moins d'un quart d'entre eux. Les médecins n'ayant pas d'enfants sont nettement plus jeunes, en moyenne de 15 ans. Les femmes médecins de l'étude sont moins souvent mères que leurs confrères.

c) Type d'activité

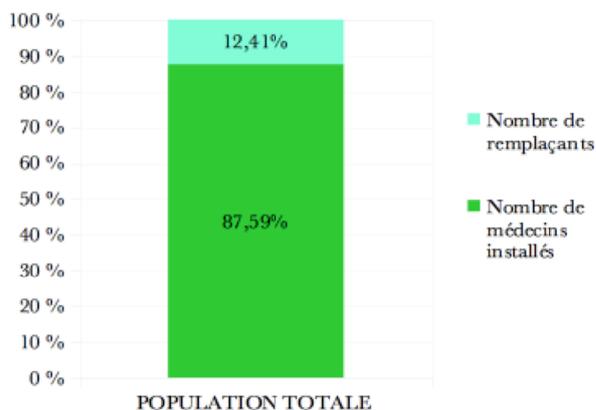


Figure 29: Distribution des MG selon leur type d'activité (installés versus remplaçants)

Tableau 12: Caractéristiques d'âge et de genre des MG selon le type d'activité

	Installés	Remplaçants
Effectif (n=137)	120 médecins	17 médecins
Distribution	87,59 %	12,41 %
Age moyen (écart-type)	53,31 ans (± 9,42)	37,88 ans (± 9,125)
Age médian [quartiles]	56 ans [45-61]	30 ans [30-33]
Hommes (n=90)	82 hommes	8 hommes
Distribution	91,11 %	8,89 %
Femmes (n=47)	38 femmes	9 femmes
Distribution	80,85 %	19,15 %

Les médecins répondants sont en majorité des médecins installés (n=120) contre 17 remplaçants. Les remplaçants sont plus jeunes que les installés et la répartition par genre y est plus homogène.

d) Durée d'exercice

Sous réserve d'un faible taux de réponse aux deux questions (n=88), l'âge moyen au début des remplacements est de 28,68 ans, celui à l'installation est de 30,93 ans, la durée moyenne entre le début des remplacements et l'installation est de 2,25 ans. Les médecins de notre cohorte exercent depuis 22,59 ans en moyenne.

Il ne sera d'ailleurs pas réalisé d'analyse statistique sur ces différents éléments devant le manque de fiabilité potentielle qui résulte du manque de réponses à chacune de ces deux questions.

e) Lieu d'exercice

Les médecins répondants ont répondu parfois à cette question en sélectionnant plusieurs choix ou en annotant à côté de la question leur lieu d'exercice.

Les différentes réponses dépouillées étaient : rural / rural semi-rural / semi-rural / semi-urbain / semi-urbain urbain / urbain.

Elles ont été regroupées selon l'interprétation suivante :

- rural ; rural semi-rural ; semi-rural : en zone rurale
- semi-urbain ; semi-urbain urbain : en zones dites « intermédiaires »
- urbain : en zone urbaine

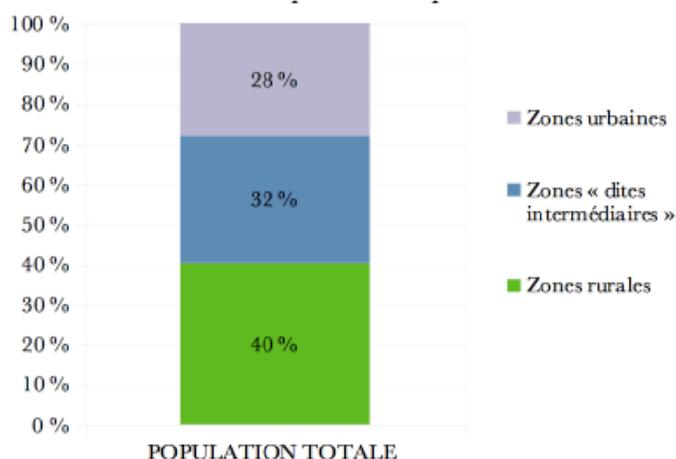


Figure 30: Distribution des MG selon le lieu d'exercice

Les médecins de notre étude exercent en majorité en zone rurale puis « intermédiaires » et enfin en zone urbaine.

Tableau 13: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon la répartition des lieux d'exercice

	Zones rurales	Zones « intermédiaires »	Zones urbaines
Effectifs (n=136) Distribution	n= 55 (40,44 %)	n= 43 (31,62 %)	n=38 (27,94 %)
Age moyen (écart-type)	51,13 ans (±13,11)	46,63 ans (±13,12)	56,95 ans (±10,56)
Age médian [quartiles]	55.0 ans [40 – 60,5]	47.0ans [33,5 – 58,5]	59 ans [50 – 62,75]
Hommes (n=89) Distribution	33 hommes (37,08 %)	27 hommes (30,34 %)	29 hommes (32,58 %)
Femmes (n=47) Distribution	22 femmes (46,81 %)	16 femmes (34,04 %)	9 femmes (19,15 %)
Remplaçants (n=17) Distribution	7 remplaçants (41,17 %)	8 remplaçants (47,05 %)	2 remplaçants (11,76 %)

En fonction des caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité, on observe que les médecins les plus jeunes exercent en zones « intermédiaires », c'est également le lieu d'exercice préférentiel des remplaçants de l'étude.

En fonction du sexe, on remarque que les hommes se distribuent de façon quasi homogène entre les différents lieux d'exercice à l'inverse des femmes qui se partagent pour la plupart d'entre elles (n=38) entre les zones rurales et « intermédiaires ».

f) Mode d'exercice

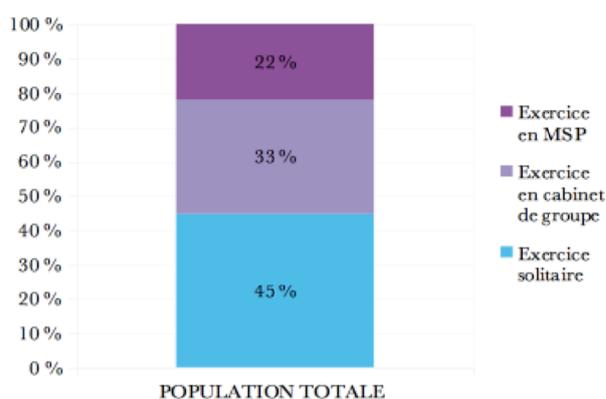


Figure 31: Distribution des MG selon le mode d'exercice

Tableau 14: Nombre d'associés selon le genre et l'âge

	Nombre d'associés moyenne (\pm écart-type)
Hommes	1,48 (\pm 2,39)
Femmes	1,92 (\pm 1,71)
Installés âgés de \leq 40 ans	2,71 (\pm 1,71)
Installés âgés de [41-54] ans	2,03 (\pm 2,53)
Installés âgés de \geq 55 ans	1,09 (\pm 2,04)

Les médecins de notre étude exercent en majorité à plusieurs ($n=75$) que ce soit en cabinet de groupe ($n=45$) ou en MSP ($n=30$). Ils sont 61 à exercer seuls.

Tableau 15: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon la répartition des modes d'exercice

	Exercice solitaire	Exercice en cabinet de groupe	Exercice en MSP
Effectifs ($n=136$) Distribution	$n= 61$ 45 %	$n= 45$ 33 %	$n=30$ 22 %
Age moyen (écart-type) Age médian [quartiles]	58,23 ans ($\pm 9,65$) 59 ans [53 – 63]	47,08 ans ($\pm 11,24$) 48 ans [34 – 57]	43,66 ans ($\pm 10,88$) 40 ans [33,25 – 56]
Hommes ($n=89$) Distribution	49 hommes (55,06 %)	24 hommes (26,96 %)	16 hommes (17,98 %)
Femmes ($n=47$) Distribution	12 femmes (25,53 %)	21 femmes (44,68 %)	14 femmes (29,79 %)
Remplaçants ($n=17$) Distribution	2 remplaçants (11,76%)	9 remplaçants (52,94 %)	6 remplaçants (35,3%)

On remarque que les médecins exerçant en groupe sont plus jeunes que ceux exerçant seuls. Cela étant encore plus marqué pour les médecins exerçant en MSP.

Selon le genre, les hommes de notre étude exercent pour un peu plus de la moitié d'entre eux de façon isolée ($n=49$ versus 40). Les femmes médecins quant à elles exercent pour la plupart dans des structures de groupe ($n=35$ versus 12).

Les remplaçants exercent en majorité dans des structures de groupe, et ils ne sont que deux à remplacer régulièrement un médecin exerçant de façon isolée.

g) Secrétariat

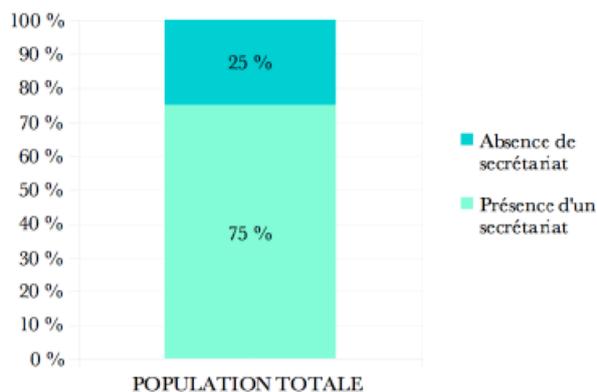


Figure 32: Distribution des MG selon la présence d'un secrétariat

Tableau 16: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon la présence d'un secrétariat

	Absence de secrétariat	Présence d'un secrétariat
Effectif (n=136)	34 médecins	102 médecins
Distribution	25 %	75 %
Age moyen (écart-type)	60,03 ans (± 10,24)	48,43 ans (± 12,54)
Age médian [quartiles]	61 ans [55,25 -64]	51 ans [36,25 -59]
Hommes (=89)	30 hommes	59 hommes
Distribution	33,71 %	66,29 %
Femmes (n=47)	4 femmes	43 femmes
Distribution	8,51 %	91,49 %
Remplaçants (n=17)	2 remplaçants	15 remplaçants
Distribution	11,76 %	88,24 %

Les trois-quarts des médecins de notre étude disposent d'un secrétariat. Les médecins n'en disposant pas sont plus âgés en moyenne de 11 ans.

Alors que les femmes ont recours à plus de 90 % (n=43/47) à un secrétariat, les hommes médecins ne sont que deux tiers (n=59/89) à y avoir recours.

Les remplaçants exercent majoritairement (n=15/17) dans des structures disposant d'un secrétariat.

h) Emploi du temps

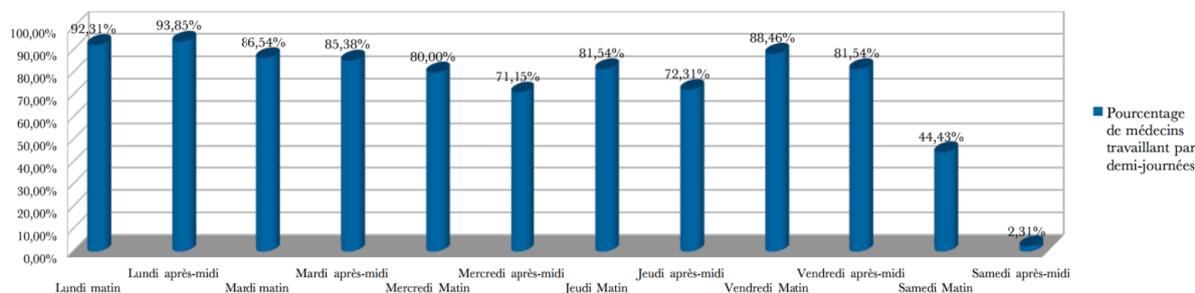


Figure 33: Emploi du temps des MG

On remarque que les demi-journées de repos semblent être partagées entre le mercredi après-midi et le jeudi après-midi. Le samedi matin n'est travaillé que par 44,32 % des médecins.

Il est à signaler que 7 médecins n'ont pas rempli leur emploi du temps.

Devant la place importante qui aurait été requise pour présenter l'ensemble des histogrammes concernant les emploi du temps selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité, ceux-ci ont été placés en annexe. Néanmoins, leurs analyses apportent certains éléments présentés ci-après:

Selon les classes d'âges, les MG âgés de 40 ans et moins semblent privilégier une journée de repos préférentielle (celle du mercredi), alors que ceux âgés de 41 à 54 ans privilégient comme demi-journée de repos le mercredi après-midi, et ceux âgés de 55 ans et plus le jeudi après-midi.

On observe également des différences selon le genre : les femmes prennent comme demi-journée de repos le plus souvent le mercredi après-midi alors que les hommes prennent comme demi-journée de repos le plus souvent le jeudi après-midi.

De plus, on remarque que les femmes travaillent peu le samedi matin : elles ne sont qu'un tiers (n=14) à travailler cette matinée contre un peu plus de la moitié des hommes (n=48).

Selon le type d'activité, les demi-journées de repos chez les médecins installés semblent se partager entre le mercredi après-midi et le jeudi après-midi, ce qui est partiellement compensé par l'activité des remplaçants.

L'activité des remplaçants se concentre sur une période s'étendant du mardi au jeudi. Les remplaçants sont en définitif relativement peu à exercer le samedi matin (un peu moins d'un quart des remplaçants (n=4) contre un peu moins de la moitié des médecins installés (n=52)).

i) Recours à un remplaçant lors des absences

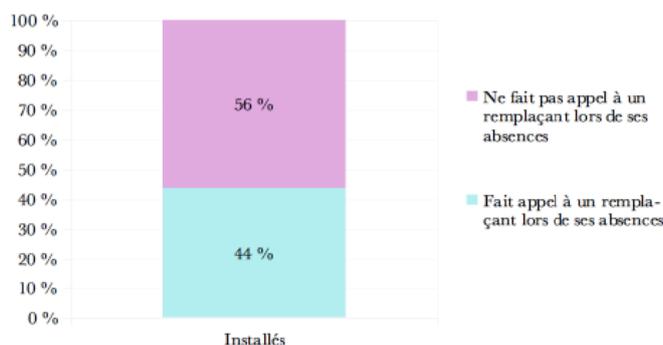


Figure 34: Distribution des MG selon le fait de faire appel à un remplaçant lors de ses absences

Tableau 17: Caractéristiques d'âge et de genre des MG installés selon le fait de faire appel à un remplaçant lors de ses absences

	Fait appel à un remplaçant lors de ses absences	Ne fait pas appel à un remplaçant lors de ses absences
Effectifs (n=119) Distribution	52 médecins 43,70 %	67 médecins 56,30 %
Age moyen (écart-type)	49,4 ans (± 11,68)	56,3 ans (± 10,40)
Age médian [quartiles]	48,5 ans [39,5-59]	58 ans [52-62]
Homme installés (n=81) Distribution	29 hommes 35,80 %	52 hommes 64,20 %
Femmes installées (n=38) Distribution	23 femmes 60,53 %	15 femmes 39,47 %

Les médecins installés de notre étude, pour la plupart, ne font pas appel à un remplaçant lors de leurs absences (n=67 versus 52).

Les médecins faisant appel à des remplaçants sont légèrement plus jeunes que ceux qui n'y font pas appel, en moyenne de 6 ans. Dans notre étude, ce sont les femmes qui y ont le plus recours.

Dix médecins ont exprimé spontanément dans les questionnaires exploitables qu'il était difficile d'en trouver.

Un seul médecin installé n'a pas répondu à cette question.

2) Charge de travail

a) Nombre de demi-journées travaillées par semaine

La moyenne du nombre de demi-journées travaillées par semaine est à 8,79 demi-journées (écart-type à 1,54).

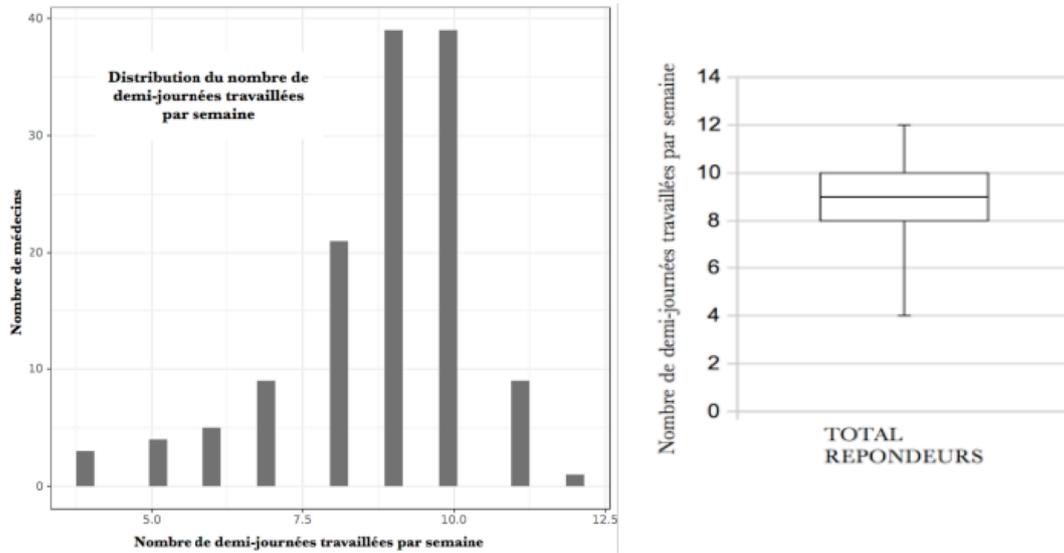


Figure 35: Distribution du nombre de demi-journées travaillées sous forme d'histogramme et de box-plot.

Dans les figures ci-dessus représentant la distribution du nombre de demi-journées travaillées chez l'ensemble des MG, on note que la moitié des médecins travaillent entre 8 et 10 demi-journées par semaine.

Cependant, on note que la distribution est étendue, 25 % effectuant entre 10 et 12 demi-journées par semaine. A contrario, un quart des médecins ne travaillent qu'entre 4 et 8 demi-journées par semaine.

b) Nombre de consultations et de visites réalisées par jour

La moyenne du nombre de consultations est à 28,22 consultations par jour (écart-type à 8,53).

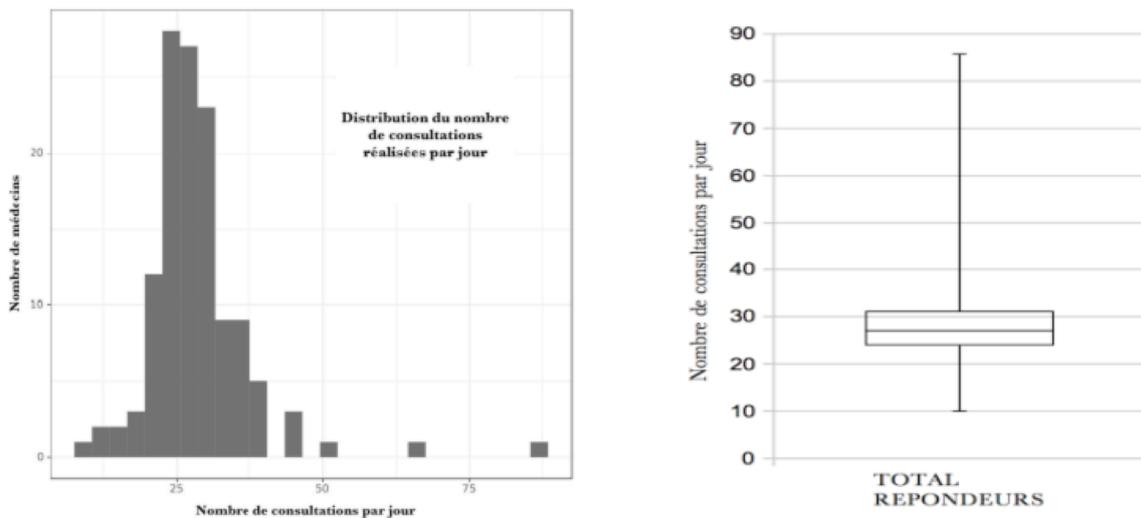


Figure 36: Distribution du nombre de consultations réalisées quotidiennement sous forme d'histogramme et de box-plot.

Dans les figures précédentes, on note que la moitié des médecins effectuent entre 24 et 31 consultations par jour.

Néanmoins, on remarque que la distribution est très étendue, notamment du fait des extrêmes, 3 médecins réalisant plus de 50 consultations par jour.

La moyenne du nombre de visites au domicile est de 1,97 visites par jour (écart-type à 1,52).

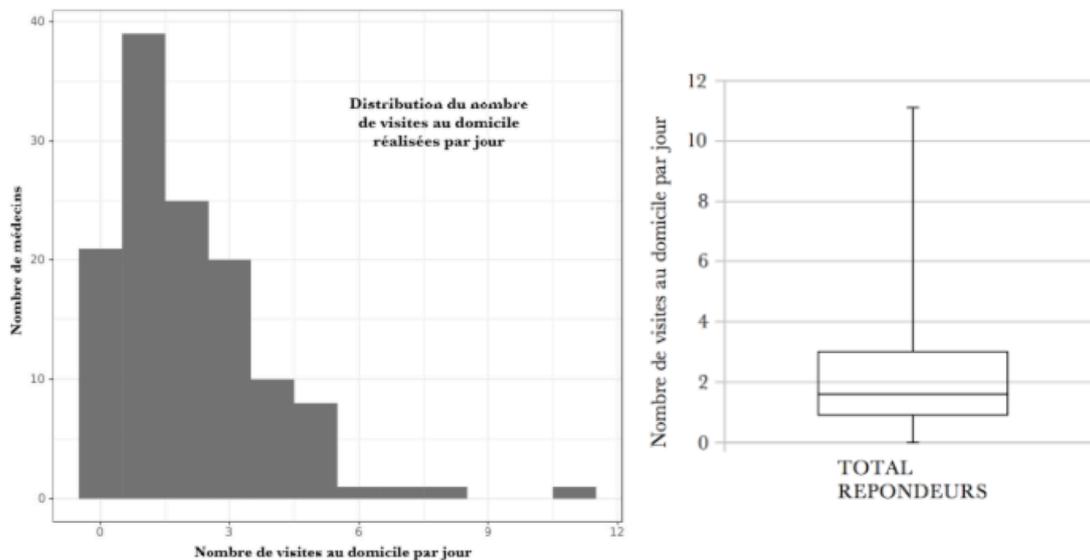


Figure 37: Distribution du nombre de visites au domicile réalisées quotidiennement sous forme d'histogramme et de box-plot.

Dans les figures ci-dessus représentant la distribution du nombre de visites par jour, on remarque que la moitié des médecins effectuent entre 0,91 et 3 visites au domicile par jour.

La distribution est néanmoins également étendue du fait de quelques réponses extrêmes, notamment à partir de 6 visites par jour.

10 médecins n'ont pas répondu à ces questions.

c) Temps de travail hebdomadaire

Le temps de travail hebdomadaire est de 50,23 heures par semaine en moyenne (écart-type de 11,31).

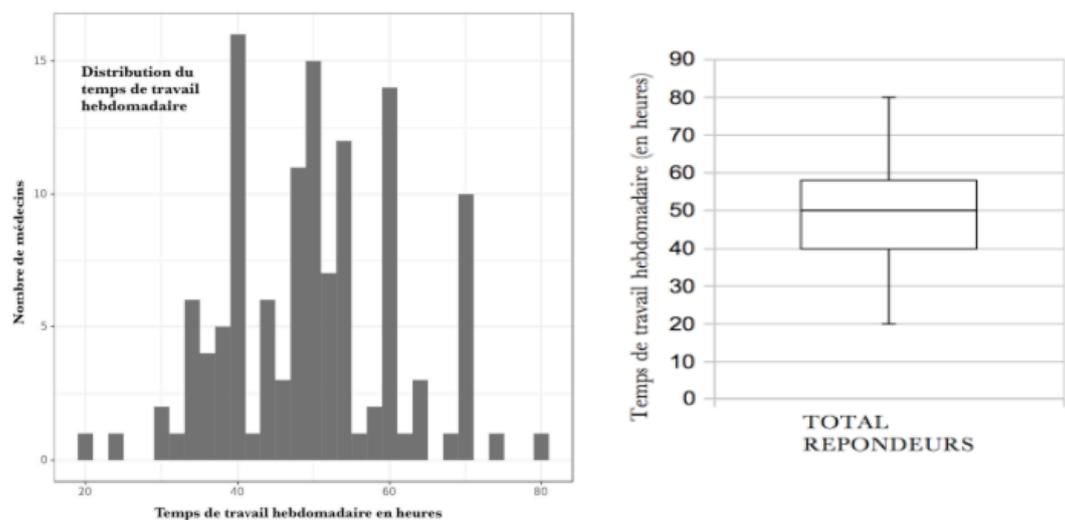


Figure 38: Distribution du temps de travail hebdomadaire sous forme d'histogramme et de box-plot.

La distribution du nombre d'heures travaillées par semaine, représentée dans les figures précédentes met en évidence que la moitié des médecins répondeurs effectuent entre 40 et 58 heures de travail. On note une sur-expression par les médecins de temps de travail exprimés en dizaines (40, 50, 60, 70 heures par semaine). Ainsi le box-plot, en lissant ces différences, met en évidence une distribution à tendance normale (médiane à 50 heures, quartiles à plus ou moins 10 heures et extremums à plus ou moins 30 heures).

12 médecins n'ont pas rempli cette partie du questionnaire.

d) Nombre d'actes par heure

Le nombre d'actes par heure moyen est à 2,67 actes par heure (écart-type de 0,69).

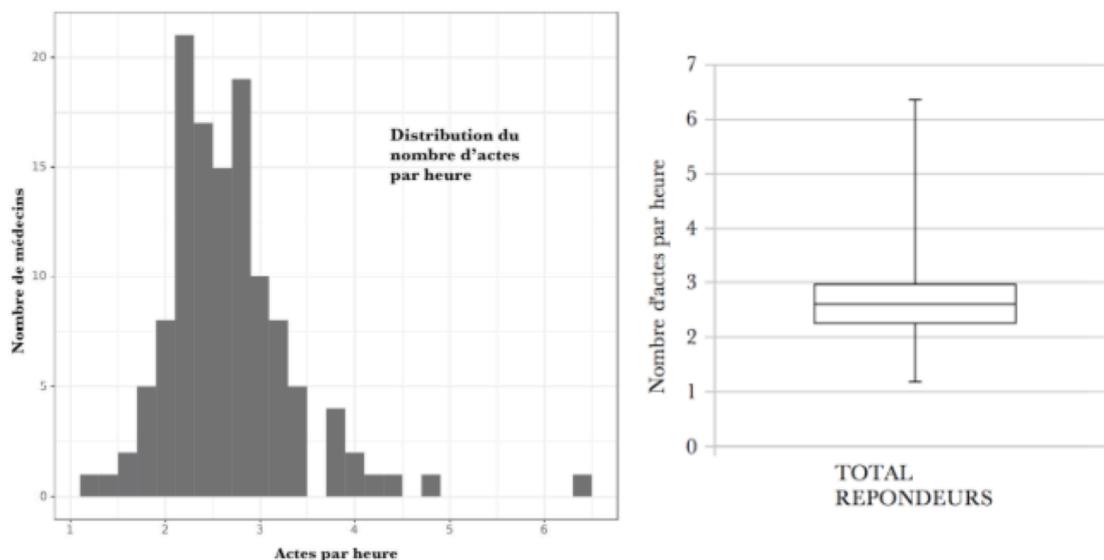


Figure 39: Distribution du nombre d'actes réalisés par heure sous forme d'histogramme et de box-plot.

Selon la distribution du nombre d'actes par heure représentée dans les figures ci-dessus :

La moitié des médecins effectuent entre 2,25 et 2,96 actes par heures, la médiane étant à 2,60 actes par heure.

On observe une déclaration extrême avec 6,36 actes par heures.

Cette valeur, issue d'un calcul à partir du nombre de consultations et de visites par jour et du nombre d'heures hebdomadaires, a été calculée sur 122 médecins du fait de l'absence de réponses dans certains questionnaires.

e) Permanence de soins

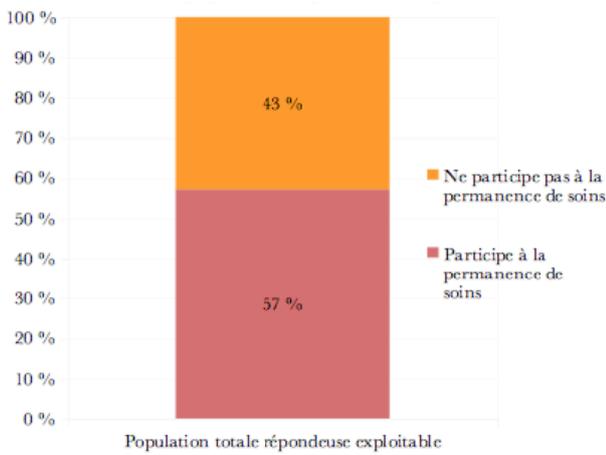


Figure 40: Distribution des MG selon leur participation à la permanence de soins

Tableau 18: Caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des MG selon leur participation à la permanence de soins

	Prend part au système de garde	Ne prend pas part au système de garde
Effectif (n= 131) Distribution	75 médecins 57,25 %	56 médecins 42,74 %
Age moyen (écart-type) Age médian, quartiles	48,6 ans (± 10,7) 51 ans [39-58]	55,2 ans (± 15) 59,5 ans [43,5-64]
Hommes (n= 84) Distribution	44 hommes 52,38 %	40 hommes 47,62 %
Femmes (n= 47) Distribution	31 femmes 65,96 %	16 femmes 34,04 %
Installés (n=115) Distribution	68 médecins 59,13 %	47 médecins 40,87 %
Remplaçants (n=17) Distribution	7 remplaçants 41,18 %	10 remplaçants 58,82 %

Les MG de notre étude prennent en majorité part au système de garde (n=75 versus 56).

Ils effectuent en moyenne 1,66 gardes de semaine (lundi au vendredi de 20h à minuit) par mois et 0,50 gardes de week-end (samedi midi à minuit et dimanche de 8h à minuit) par mois.

Les médecins prenant part au système de garde sont plus jeunes en moyenne de 6 ans que ceux qui n'y prennent pas part.

Les femmes y prennent plus part proportionnellement que les hommes.

Les médecins installés prennent plus part au système de garde que leurs remplaçants.

Six médecins n'ont pas répondu à cet item.

f) Vacances

Le nombre de semaines de congés annuels chez l'ensemble des médecins est de 6,32 semaines de vacances par an (écart-type à 2,35).

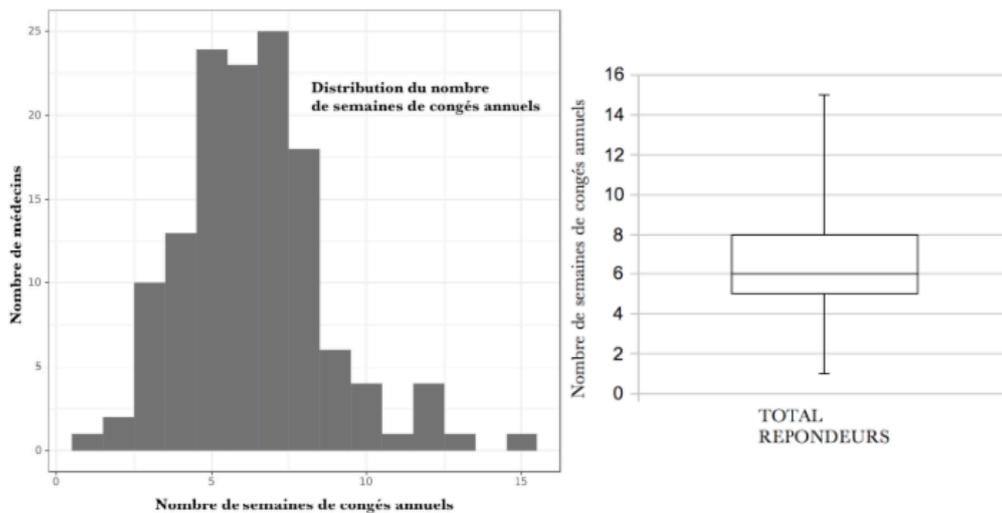


Figure 41: Distribution du nombre de semaines de congés annuels sous forme d'histogramme et de box-plot

La distribution, représentée précédemment, met en avant que 50 % des médecins prennent des congés allant de 5 à 8 semaines, le nombre médian de semaines de congés annuels étant de 6 semaines. On observe que 7 médecins prennent des congés d'une durée allant de 11 à 15 semaines. À contrario, trois médecins prennent des congés n'excédant pas 2 semaines annuelles. Quatre médecins n'ont pas répondu à cet item.

g) Nombre de demi-journées travaillées par an

L'ensemble des MG travaillent en moyenne 394,69 demi-journées par an (écart-type à 77,52).

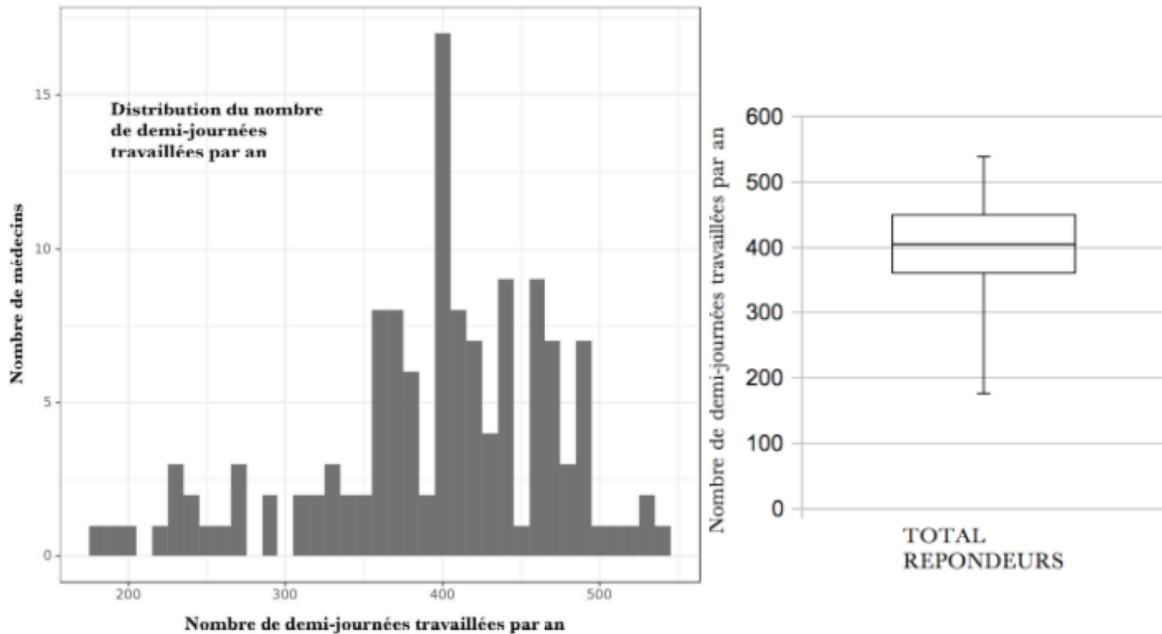


Figure 42: Distribution du nombre de demi-journées travaillées par an sous forme d'histogramme et de box-plot

Selon la distribution du nombre de demi-journées travaillées par an, représentée dans les figures ci-dessus :

La moitié de ces médecins travaillent entre 360 et 450 demi-journées par an, le nombre médian de demi-journées par an étant de 405.

De plus, on note que la disponibilité annuelle des médecins varie énormément, allant de 176 à 539 demi-journées par an.

Présenter dans le corps de thèse l'ensemble des caractéristiques d'âge, de genre et de type d'activité des différents éléments de la charge de travail aurait alourdi considérablement notre propos.

C'est pourquoi l'ensemble de ces données sont présentées en annexe.

Toutefois, les principaux éléments interprétables sont résumés ci-dessous :

On observe que :

- Selon les classes d'âge étudiées :

Le nombre de demi-journées travaillées par semaine et par an croît en fonction de l'avancée en âge des médecins, passant de 7,75 demi-journées en moyenne pour les plus jeunes à 9,18 pour les médecins âgés de 55 ans et plus.

Au contraire les périodes de congés sont plus conséquentes à mesure que s'opère le renouvellement générationnel, passant de 6,08 semaines à 6,74 semaines annuelles.

Le nombre d'actes par jour est proche entre les trois classes d'âge étudiées, mais il existe cependant des différences notables. En effet, les MG font de plus en plus de visites au domicile à mesure que l'âge augmente alors que les consultations au cabinet sont relativement plus nombreuses pour les plus jeunes.

Le temps de travail hebdomadaire est plus marqué pour les médecins en milieu de carrière avec 53,1 heures par semaine, les plus jeunes travaillant en moyenne 43,8 heures par semaine et les MG âgés de 55 ans et plus travaillant en moyenne 52 heures par semaine.

Il existe donc une différence marquée de quasiment 8 heures entre les plus jeunes et leurs aînés.

- Selon le genre :

Les femmes travaillent en moyenne une demi-journée de moins que leurs confrères, leur temps de travail hebdomadaire en est réduit en moyenne de 4 heures.

Elles prennent de plus des congés légèrement plus longs que leurs confrères.

Elles effectuent un nombre de consultations par jour comparable à leurs confrères mais réalisent moins de visites au domicile, leur rythme de travail étant légèrement inférieur à celui des hommes.

- Selon le type d'activité :

Les remplaçants exercent en moyenne quasiment une demi-journée par semaine de moins que les médecins qu'ils remplacent. Leur temps de travail hebdomadaire est inférieur en moyenne de 4 heures.

Toutefois, ils exercent de façon moins régulière et déclarent prendre en moyenne des congés plus long d'une semaine et demie.

Les médecins installés réalisent plus de consultations et surtout de visites par jour que leurs remplaçants et cela sur un rythme légèrement plus soutenu.

C) Résultats aux différentes échelles

1) Satisfaction professionnelle

L'ensemble des médecins apparaissent satisfaits professionnellement à 24,06/35 selon l'échelle ESVP (écart-type à 6,33).

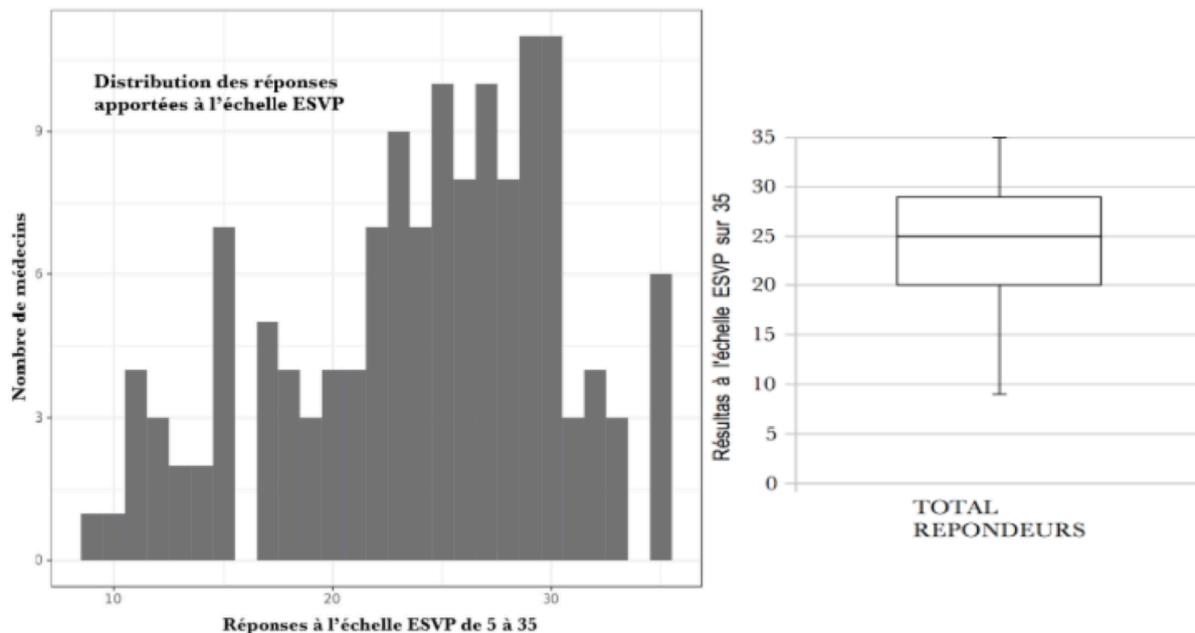


Figure 43: Distribution des scores de SP sous forme d'histogramme et de box-plot

La distribution des réponses représentée dans les figures ci-dessus met en évidence que la moitié des médecins expriment une SP comprise entre 20 et 29/35, le score médian retrouvé étant à 25/35.

Néanmoins, on remarque que 25 % des médecins répondants de l'étude expriment une SP comprise entre 9 et 20/35.

2) Echelle analogique d'auto-évaluation de qualité de vie

a) Personnelle

La qualité de vie personnelle (QdVP) évaluée selon une EVA rapporte une auto-évaluation moyenne de 6,40/10 (écart-type à 2,18).

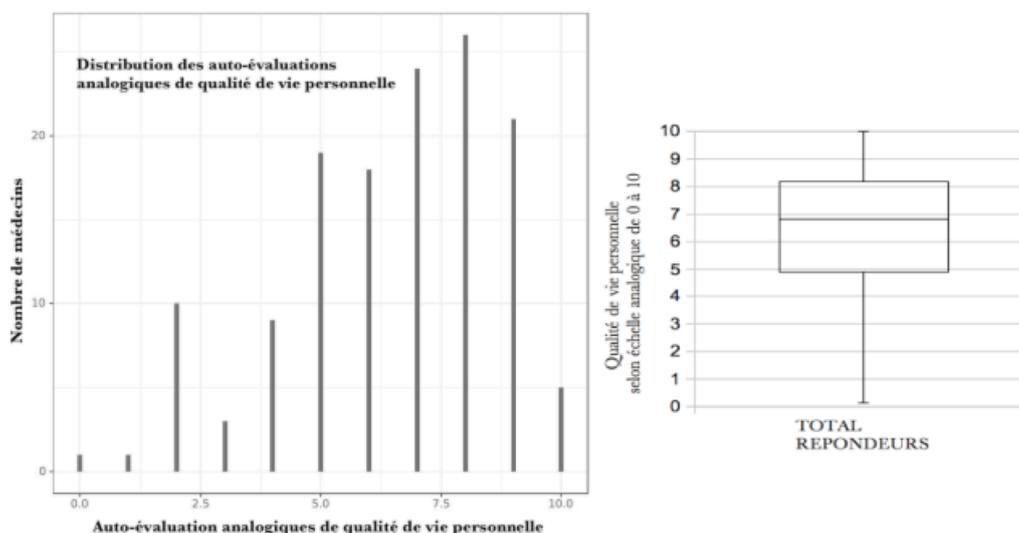


Figure 44: Distribution des ressentis de QdVP sous forme d'histogramme et de box-plot

La distribution, représentée ci-dessus, des auto-évaluations analogiques de QdVP montre que la moitié des médecins perçoivent une QdVP entre 4,91 et 8,18/10, l'évaluation médiane étant de 6,82/10. Néanmoins, la distribution de la QdVP chez ces médecins est très étendue allant de 0,14 à 10/10. Un quart des médecins perçoivent une QdVP inférieure à 4,91/10.

b) Sociale, familiale et de loisirs

La qualité de vie portant sur les interactions sociales, la famille et les loisirs (QdVS) rapporte une auto-évaluation moyenne de 6,23/10 (écart-type à 2,44).

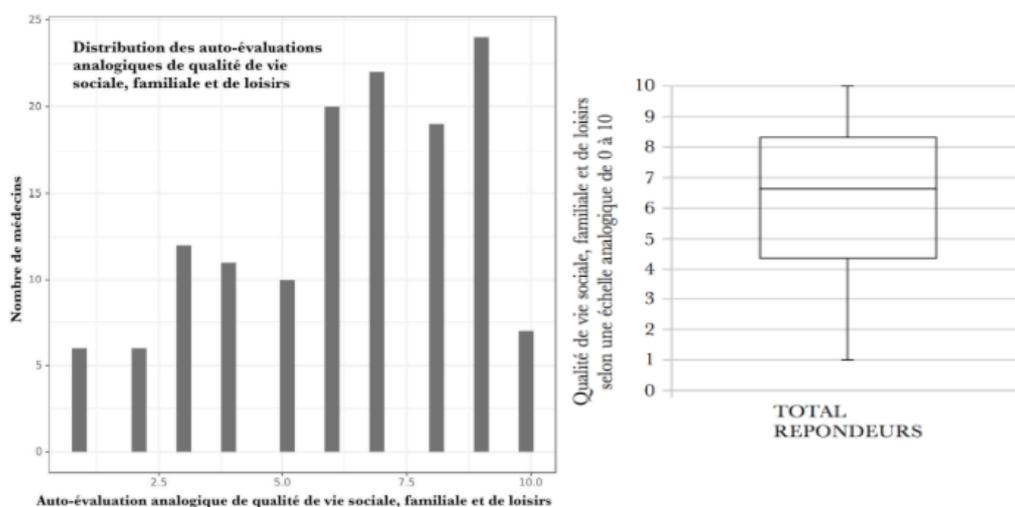


Figure 45: Distributions des ressentis de QdVS sous forme d'histogramme et de box-plot

La distribution représentée ci-dessus, des EVA de QdVS met en évidence que la moitié des médecins ressentent une QdVS comprise entre 4,36 et 8,32/10, l'auto-évaluation médiane étant à 6,64/10.

La perception de la QdVS diverge de façon importante avec des ressenti allant de 1 à 10/10, dont un quart qui perçoivent une QdVS inférieure à 4,46/10.

Que ce soit pour la QdVP ou la QdVS, les réponses ont une distribution bimodale. D'une part, une proportion majoritaire de MG plutôt satisfaisants de leur QdVP ou QdVS, et au contraire une part plus modeste de MG éprouvant une QdVP ou QdVS peu satisfaisante.

3) Évaluation du ressenti de conflit travail-hors travail

Le résultat de la sous-partie de l'échelle SWING évaluant la présence d'un conflit travail-hors travail retrouve une note moyenne de 9,53/24 (écart-type de 4,93).

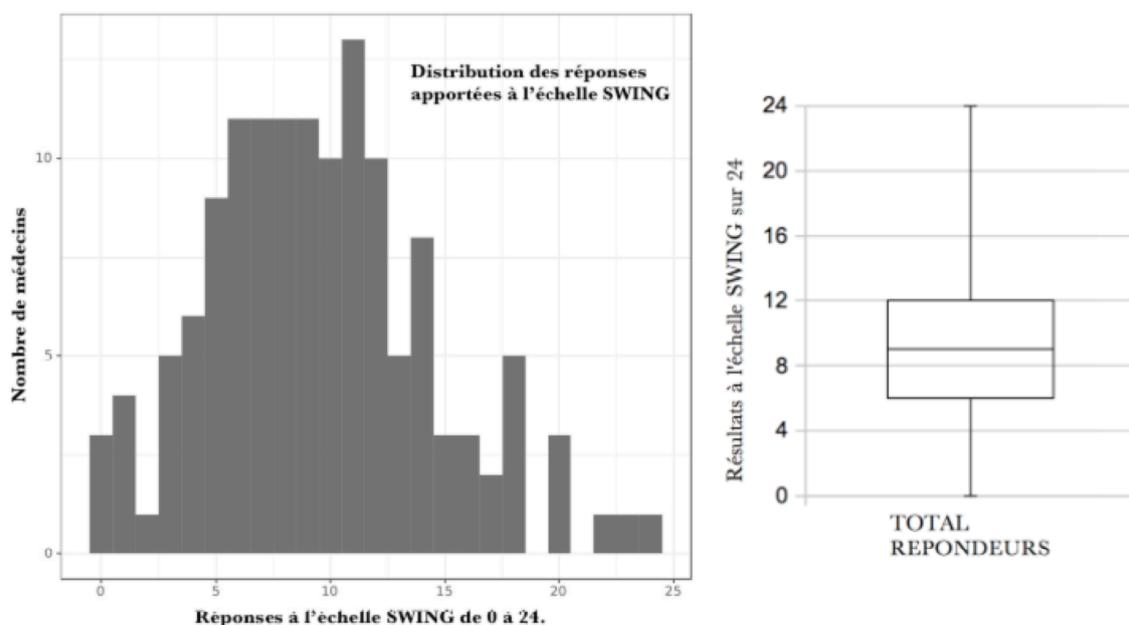


Figure 46: Distribution de la perception de conflit travail-hors travail sous forme d'histogramme et de box plot

La distribution des réponses apportées à l'échelle SWING, représentée dans les figures ci-dessus, met en évidence que la moitié des médecins évaluent le ressenti du conflit travail-hors travail entre 6 et 12/24, le score médian étant à 9/24.

Six médecins présentent des scores supérieurs à 20/24.

4) Echelle MBI :

Tableau 19: Scores moyens aux différentes sous-échelles du MBI

	Score d'EE	Score de DP	Score d'AP
Ensemble des médecins Moyenne, (± écart type)	19,32/54 (± 9,24)	7,43/30 (± 4,99)	39,33/48 (± 5,95)
Médiane et quartiles	18/54 [10-27]	6/30 [3-11]	42/48 [35-45]

a) Echelle d'épuisement émotionnel

La distribution des réponses apportées au score d'épuisement émotionnel est la suivante :

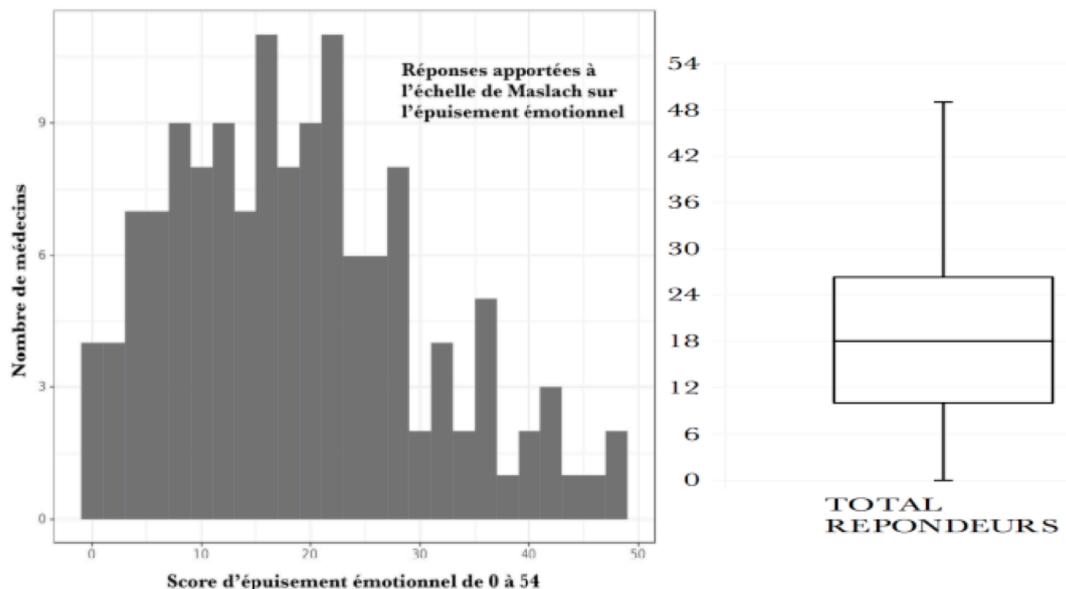


Figure 47: Distribution des scores d'EE sous forme d'histogramme et de box-plot.

Les réponses apportées à l'échelle d'EE se concentrent entre 10/54 et 27/54, la moyenne étant à 19,32/54.

Néanmoins un quart des répondants rapportent des réponses allant de 27/54 jusqu'à 49/54.

Tableau 20: Grille d'interprétation de l'échelle EE

	Score d'épuisement émotionnel
Intensité basse	≤17
Intensité modérée	[18-29]
Intensité élevée	≥30

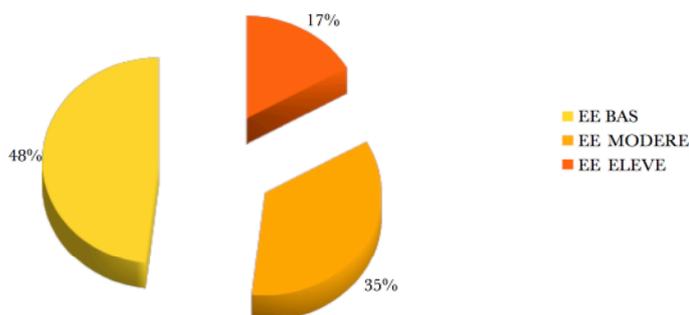


Figure 48: Distribution des MG selon les intensités récoltées à l'échelle d'EE

Selon l'échelle d'épuisement émotionnel, 48 % de l'ensemble des MG ne présentent pas d'épuisement émotionnel.

35 % des MG sont à risque (EE d'intensité modérée) et 17 % sont épuisés émotionnellement.

b) Echelle de dépersonnalisation

La distribution des réponses apportées au score de dépersonnalisation est la suivante :

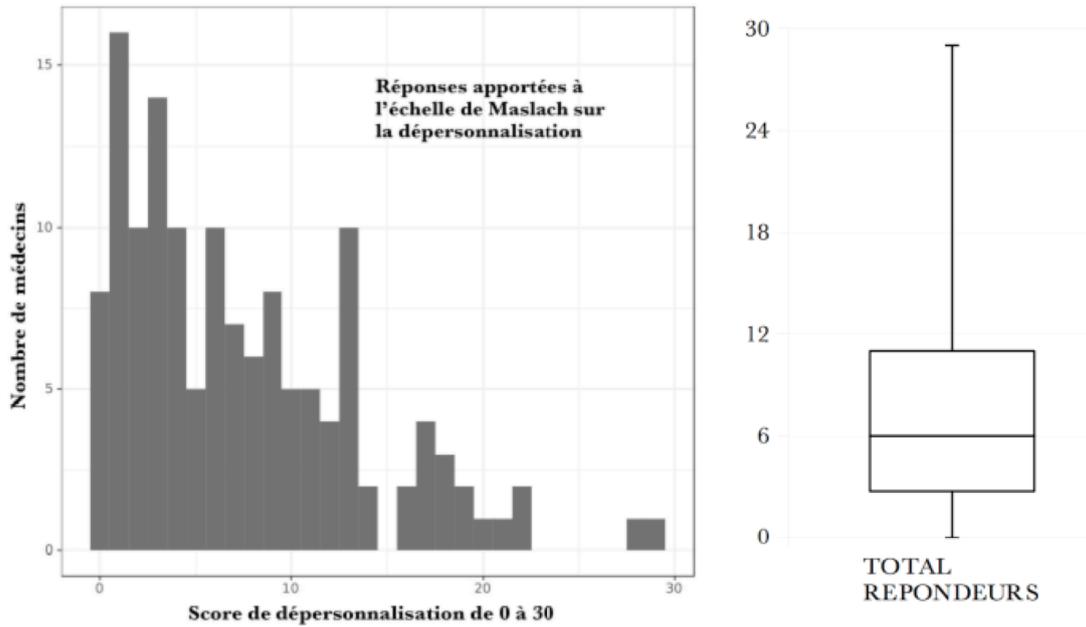


Figure 49: Distribution des scores de DP sous forme d'histogramme et de box-plot

Les réponses apportées à l'échelle de DP se concentrent entre 3/30 et 11/30, la moyenne étant à 7,43/30.

Néanmoins, quasiment un quart des répondants rapportent des réponses allant de 11/30 à 23/30, avec une réponse extrême au vu du reste de la distribution à 29/30.

Tableau 21: Grille d'interprétation de l'échelle de DP

:	Score de dépersonnalisation
Intensité basse	≤ 5
Intensité modérée	[6-11]
Intensité élevée	≥ 12

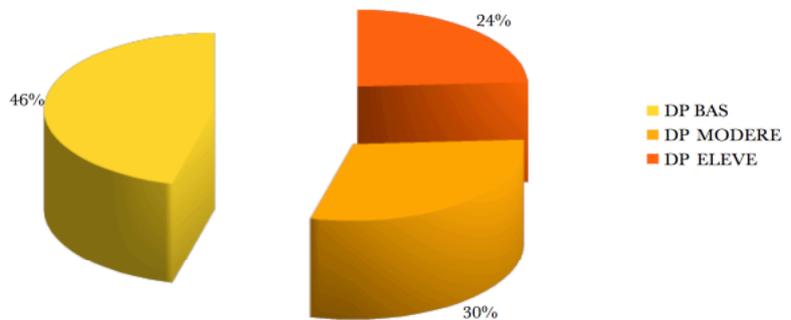


Figure 50: Distribution des MG selon les intensités récoltées à l'échelle de DP

Selon l'échelle de dépersonnalisation, 46 % de l'ensemble des MG ne présentent pas de problématique de dépersonnalisation.

30 % des MG sont à risque (DP d'intensité modérée) et 24 % sont en situation de dépersonnalisation élevée.

c) Echelle d'accomplissement professionnel

La distribution des réponses apportées au score d'accomplissement professionnel est la suivante :

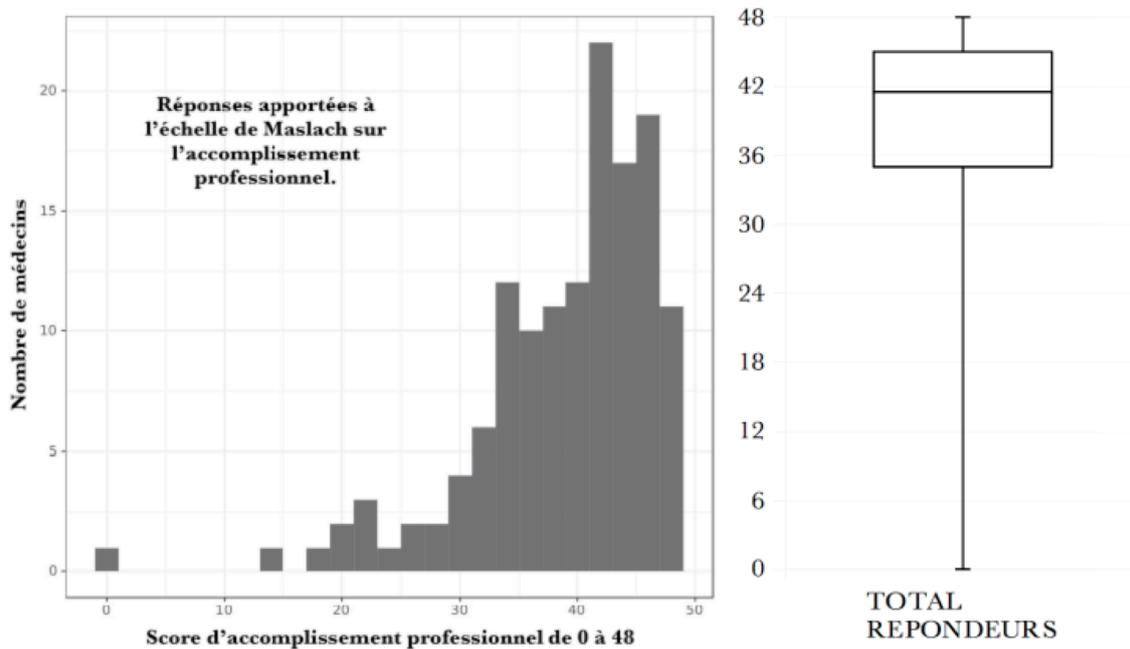


Figure 51: Distribution des scores d'AP sous forme d'histogramme et de box-plot.

Les réponses apportées à l'échelle d'AP se concentrent entre 35/48 et 42/48, la moyenne étant à 39,33/48.

Néanmoins, quasiment un quart des répondants rapportent des réponses allant de 13/48 à 35/48, avec une réponse extrême au vu du reste de la distribution à 0/48.

Tableau 22: Grille d'interprétation de l'échelle d'AP

	Score d'accomplissement professionnel
Intensité basse	≤ 33
Intensité modérée	[34-39]
Intensité élevée	≥ 40

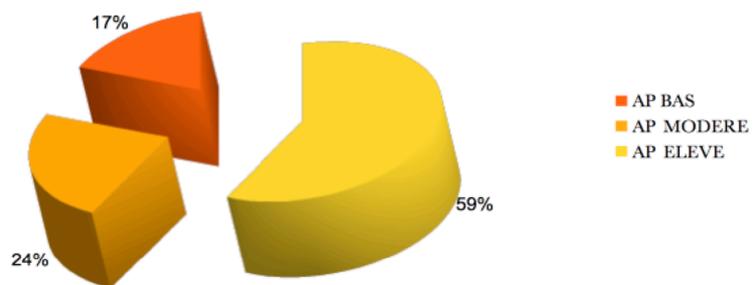


Figure 52: Distribution des MG selon les intensités récoltées à l'échelle d'AP

Selon l'échelle d'accomplissement professionnel, 59,12 % de l'ensemble des MG présentent un fort accomplissement professionnel.

24,09 % des MG sont à risque (AP d'intensité modérée) et 16,79 % présentent un accomplissement professionnel bas.

d) Présence et intensité de SEPS

Sur l'ensemble des médecins réponders exploitables de notre cohorte, 86 sont indemnes de toute problématique d'épuisement professionnel, soit 62,77 %.

51 médecins soit 37,23 % des médecins de l'ensemble de la cohorte sont en situation d'épuisement professionnel dont :

- 26 médecins soit 18,98 % en syndrome d'épuisement dit faible,
- 19 médecins soit 13,87 % en syndrome d'épuisement dit moyen
- 6 médecins soit 4,38 % en situation d'épuisement élevé.

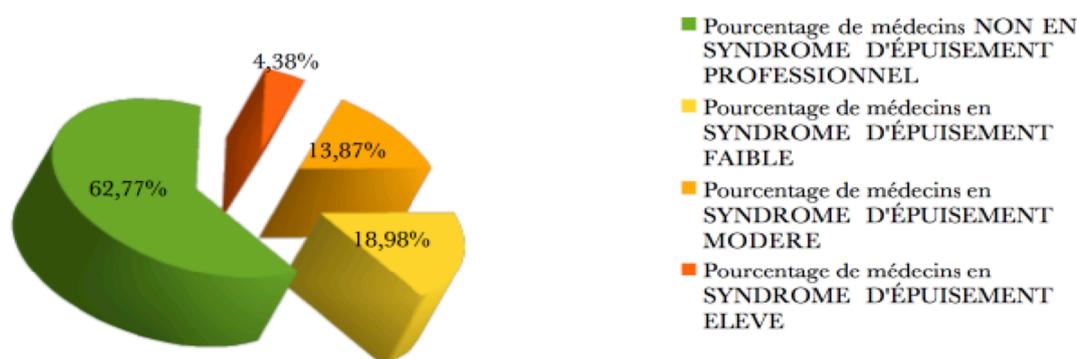


Tableau 23: Répartition de l'ensemble des MG selon la présence et l'intensité d'un SEPS.

5) Résultats aux différentes mesures selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité

Tableau 24: Résultats aux différentes mesures selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité

Effectifs	Score ESVP : SP (/35)	EVA : QdVP (/10)	EVA : QdVS (/10)	Score SWING : perception CHTT (/24)	Taux de médecins en EE élevé	Taux de médecins en DP élevé	Taux de médecins en AP bas	Taux de médecins en SEPS
Ensemble des MG (n=137)	24,06 (± 6,33)	6,40 (± 2,18)	6,23 (± 2,44)	9,53 (± 4,93)	17,00 %	24,00 %	17,00 %	37,23 %
Médecins âgés de ≤ 40 ans (n=32)	25,1 (± 5,88)	7,08 (± 1,85)	6,78 (± 1,93)	8,82 (± 4,30)	12,00 %	24,00 %	12,00 %	32,00 %
Médecins âgés de [41-54] ans (n=34)	23 (± 6,83)	6,15 (± 2,35)	6,16 (± 2,61)	8,75 (± 4,66)	19,00 %	19,00 %	13,00 %	34,00 %
Médecins âgés de ≥ 55 ans (n=71)	24 (± 6,31)	6,18 (± 2,22)	6 (± 2,56)	10,2 (± 2,59)	18,00 %	27,00 %	21,00 %	41,00 %
Hommes (n=90)	23,7 (± 6,67)	6,30 (± 2,26)	6,18 (± 2,55)	9,34 (± 5,23)	18,89 %	25,55 %	16,67 %	39,00 %
Femmes (n=47)	24,7 (± 5,63)	6,59 (± 2,04)	6,31 (± 2,22)	9,89 (± 4,34)	12,77 %	21,28 %	17,02 %	34,00 %
Installés (n=120)	23,7(±6,39)	6,31(± 2,23)	6,19 (± 2,48)	9,93 (± 5,10)	19,17 %	25,83 %	17,50 %	39,17 %
Remplaçants (n=17)	26,9 (± 5,21)	7,05 (± 1,71)	6,54 (± 2,13)	6,76 (± 3,29)	0,00 %	11,76 %	11,76 %	23,52 %

D) Facteurs prédictifs

1) Analyses univariées

a) Analyses univariées des données socio-démographiques et de la charge de travail

Tableau 25: Analyses univariées selon les classes d'âge étudiées des données socio-démographiques et de la charge de travail

Variables	Classe	Effectifs	Médecins âgés de ≤ 40 ans (n=34)	Médecins âgés de [41-54] ans (n=32)	Médecins âgés de ≥ 55 ans (n=71)	P-value	Type de test
Genre (n=137)	Homme	90	11 (32%)	17 (53%)	62 (87%)	<0.001	Chi2
	Femme	47	23 (68%)	15 (47%)	9 (13%)		
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	30 (88%)	23 (72%)	57 (81%)	0.24	Chi2
	Seul	26	4 (12%)	9 (28%)	13 (19%)		
Parentalité (n=136)	Oui	113	19 (56%)	28 (88%)	66 (94.3%)	<0.001	Chi2
	Non	23	15 (44%)	4 (12%)	4 (5.7%)		
Type d'activité (n=137)	Installé	120	21 (62%)	31 (96.9%)	68 (95.8%)	<0.001	Fisher
	Remplaçant	17	13 (38%)	1 (3.1%)	3 (4.2%)		
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	14 (41,2%)	13 (41%)	28 (40%)	<0.01	Chi2
	« Zones dites intermédiaires »	43	17 (50%)	11 (34%)	15 (21%)		
	Urbain	38	3 (8.8%)	8 (25%)	27 (39%)		
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	3 (8.8%)	13 (40,6%)	45 (64%)	<0.001	Chi2
	Cabinet de groupe	45	16 (47,1%)	13 (40,6%)	16 (23%)		
	MSP	30	15 (44,1%)	6 (18,8%)	9 (13%)		
Nombre d'associés (n=118)			2.71 (±1.71)	2.03 (±2.53)	1.09 (±2.04)	<0.001	Kruskal-Wallis
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	32 (94.1%)	28 (88%)	42 (60%)	<0.001	Chi2
	Non	34	2 (5.9%)	4 (12%)	28 (40%)		
Appel à un remplaçant (n=119)	Oui	52	14 (67%)	17 (55%)	21 (31%)	<0.01	Chi2
	Non	67	7 (33%)	14 (45%)	46 (69%)		
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)			7.75 (±1.63)	8.96 (±1.22)	9.18 (±1.49)	<0.001	Kruskal-Wallis
Nombre de consultations par jour (n=127)			29.6 (±11.4)	27.8 (±6.40)	28.0 (±8.74)	0.73	Kruskal-Wallis
Nombre de visites par jour (n=127)			1.10 (±0.993)	2.05 (±1.48)	2.59 (±2.01)	<0.001	Kruskal-Wallis
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)			43.8 (±9.75)	53.1 (±12.0)	52.0 (±10.6)	<0.001	Kruskal-Wallis
Nombre d'actes par heure (n=122)			2.64 (±0.618)	2.65 (±0.657)	2.70 (±0.739)	0.98	Kruskal-Wallis
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	20 (61%)	25 (83%)	30 (44%)	<0.01	Chi2
	Non	56	13 (39%)	5 (17%)	38 (56%)		
Nombres de gardes de semaine par mois (n=74)			2.06 (±1.75)	1.52 (±0.699)	1.50 (±1.09)	0.59	Kruskal-Wallis
Nombres de gardes de WE par mois (n=74)			0.447 (±0.483)	0.639 (±0.517)	0.411 (±0.290)	0.12	Kruskal-Wallis
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)			6.74 (±2.37)	6.39 (±1.88)	6.08 (±2.53)	0.41	Anova
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)			344 (±74.0)	409 (±60.2)	415 (±74.2)	<0.001	Kruskal-Wallis

En premier lieu, selon les classes d'âge étudiées, il existe des différences statistiquement significatives selon le genre et le type d'activité, à savoir que :

- Il existe une différence selon le genre entre les MG les plus jeunes et les plus âgés. Les femmes faisant plus souvent partie de la classe d'âge des 40 ans et moins alors que les hommes font plus souvent partie de la classe des 55 ans et plus.

- Les médecins remplaçants sont plus souvent des médecins faisant partie de la classe d'âge des médecins âgés de 40 ans et moins.

Ces deux critères sont les facteurs de confusion majeurs de notre étude par rapport à notre critère de jugement principal.

On note donc qu'il existe des différences statistiquement significatives selon les classes d'âge étudiées sur de multiples paramètres :

- Les MG les plus jeunes de notre étude exercent plus souvent en groupe et avec un secrétariat que leurs aînés.

- Les MG les plus jeunes travaillent moins de demi-journées par semaine ou par an et effectuent moins d'heures de travail par semaine que leurs aînés.

- Les MG les plus âgés effectuent plus de visites que les plus jeunes.

- L'analyse du lieu d'exercice met en évidence que les médecins les plus jeunes exercent plutôt en zones « intermédiaires » alors que les médecins les plus âgés exercent plutôt en zones urbaine.

- Concernant spécifiquement les MG installés, les plus jeunes exercent plus souvent dans des structures plus conséquentes et ont plus souvent recours aux remplaçants que les médecins plus âgés.

- Les MG les plus âgés sont plus souvent parents que les plus jeunes.

- La participation au système de garde varie en fonction des classes d'âge mais ce sont les médecins âgés de 41 à 54 ans qui y prennent le plus souvent part.

Par contre, il n'est pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les générations sur les critères suivants :

- le fait de vivre seul ou en couple

- le nombre de consultations par jour

- le nombre d'actes par heure

- le nombre de gardes de semaine et de weekend

- le nombre de semaine de congés annuels

Les analyses univariées selon les classes d'âge étudiées apportant de nombreux éléments statistiquement significatifs, il importera de ce fait de réaliser des analyses complémentaires multivariées afin de comprendre ce qui est dû à l'âge, au genre ou au type d'activité.

b) De la satisfaction professionnelle

Tableau 26: Analyses univariées de la SP selon les facteurs prédictifs

Variables	Classe	Effectifs	Moyenne (\pm écart-type)	Coefficient de corrélation (IC à 95 %)	P-value	Type de test
Classe d'âge étudiées (n=137)	≤ 40 ans	34	25.1 (± 5.88)		0.41	Anova
	[41-54] ans	32	23.0 (± 6.83)			
	≥ 55 ans	71	24.0 (± 6.31)			
Genre (n=137)	Homme	90	23.7 (± 6.67)		0,4	Welch
	Femme	47	24.7 (± 5.63)			
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	24.3 (± 6.30)		0.35	Mann-Whitney
	Seul	26	23.3 (± 6.24)			
Parentalité (n=136)	Oui	113	24.0 (± 6.46)		0,84	Mann-Whitney
	Non	23	24.6 (± 5.36)			
Type d'activité (n=137)	Installé	120	23.7 (± 6.39)		0.08	Mann-Whitney
	Remplaçant	17	26.9 (± 5.21)			
	Rural	55	24.5 (± 6.75)			
Lieu d'exercice (n=136)	« Zones dites intermédiaires »	43	24.5 (± 6.37)		0.56	Anova
	Urbain	38	23.2 (± 5.47)			
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	23.8 (± 7.06)		0.88	Kruskal-Wallis
	Cabinet de groupe	45	24.2 (± 5.55)			
	MSP	30	24.6 (± 5.74)			
Nombre d'associés (n=118)				0.00921 (-0.172; 0.190)	0.92	Pearson
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	23.9 (± 6.01)		0.48	Welch
	Non	34	24.9 (± 7.08)			
Appel à un remplaçant (n=118)	Oui	52	23.5 (± 6.19)		0.71	Welch
	Non	67	23.9 (± 6.49)			
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)				0.0332 (-0.140; 0.204)	0.71	Pearson
Nombre de consultations par jour (n=127)				-0.193 (-0.356; -0.0198)	0.029	Pearson
Nombre de visites par jour (n=127)				0.00411 (-0.170; 0.178)	0.96	Pearson
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)				-0.131 (-0.300; 0.0458)	0.15	Pearson
Nombre d'actes par heure (n=122)				-0.0821 (-0.256; 0.0971)	0.37	Pearson
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	23.7 (± 6.10)		0.45	Welch
	Non	56	24.5 (± 6.51)			
Nombre de gardes de semaine par mois (n=74)				-0.0303 (-0.257; 0.200)	0.8	Pearson
Nombre de gardes de WE par mois (n=74)				0.246 (0.0181; 0.449)	0.035	Pearson
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)				-0.121 (-0.285; 0.0505)	0.17	Pearson
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)				0.0298 (-0.144; 0.202)	0.74	Pearson

On remarque que la SP varie en fonction des âges. Elle s'aggrave en cours de carrière avant de s'améliorer. Toutefois il n'est pas mis en évidence de significativité statistique sur ce critère.

Par contre, on observe une tendance statistique à ce que les remplaçants perçoivent une SP supérieure aux médecins qu'ils remplacent. De plus, la SP est corrélée de façon statistiquement significative avec le nombre de consultations effectuées par jour (corrélation négative) et le nombre de gardes de week-end effectuées par mois (corrélation positive). La SP croît avec l'augmentation du nombre de gardes de week-end réalisées par mois, alors qu'elle diminue avec l'augmentation du nombre de consultations par jour.

c) Des auto-évaluations analogiques de qualité de vie personnelle et sociale

i) De la qualité de vie personnelle

Tableau 27: Analyses univariées de la QdVP selon les facteurs prédictifs

Variables	Classe	Effectifs	Moyenne (± écart-type)	Coefficient de corrélation (IC à 95 %)	P-value	Type de test
Classe d'âge étudiées (n=137)	≤40 ans	34	7.08 (±1.85)		0,11	Anova
	[41-54] ans	32	6.15 (±2.35)			
	≥ 55 ans	71	6.18 (±2.22)			
Genre (n=137)	Homme	90	6.30 (±2.26)		0,44	Welch
	Femme	47	6.59 (±2.04)			
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	6.73 (±2.00)		<0.01	Mann-Whitney
	Seul	26	5.09 (±2.47)			
Parentalité (n=136)	Oui	113	6.43 (±2.22)		0,76	Mann-Whitney
	Non	23	6.35 (±2.06)			
Type d'activité (n=137)	Installé	120	6.31 (±2.23)		0,26	Mann-Whitney
	Remplaçant	17	7.05 (±1.71)			
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	6.39 (±2.19)		0,7	Anova
	« Zones dites intermédiaires »	43	6.62 (±2.29)			
	Urbain	38	6.21 (±2.10)			
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	6.23 (±2.52)		0,82	Kruskal-Wallis
	Cabinet de groupe	45	6.53 (±1.74)			
	MSP	30	6.63 (±2.08)			
Nombre d'associés (n=118)				0.0549 (-0.127; 0.233)	0,56	Pearson
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	6.28 (±2.25)		0,18	Welch
	Non	34	6.83 (±1.96)			
Appel à un remplaçant	Oui	52	6.09 (±2.29)		0,32	Welch
	Non	67	6.51 (±2.19)			
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)				-0.0869 (-0.255; 0.0866)	0,33	Pearson
Nombre de consultations par jour (n=127)				-0.0708 (-0.242; 0.105)	0,43	Pearson
Nombre de visites par jour (n=127)				0.0490 (-0.126; 0.221)	0,58	Pearson
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)				-0.247 (-0.405; -0.0747)	<0.01	Pearson
Nombre d'actes par heure (n=122)				0.0245 (-0.154; 0.201)	0,79	Pearson
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	6.37 (±2.09)		0,97	Welch
	Non	56	6.38 (±2.38)			
Nombre de gardes de semaine par mois (n=74)				0.0221 (-0.207; 0.249)	0,85	Pearson
Nombre de gardes de WE par mois (n=74)				0.0705 (-0.161; 0.294)	0,55	Pearson
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)				-0.142 (-0.305; 0.0287)	0,1	Pearson
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)				-0.0405 (-0.212; 0.133)	0,65	Pearson

On observe que les moyennes des ressentis de QdVP des MG de notre étude sont supérieures chez les médecins âgés de 40 ans et moins par rapport à leurs aînés. Toutefois, il n'est pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur ce critère.

Par contre, le fait de vivre en couple améliore le ressenti de la QdVP de façon statistiquement significative.

Il est par ailleurs mis en évidence une corrélation négative statistiquement significative avec l'augmentation du temps de travail hebdomadaire, la QdVP diminuant lorsque le temps de travail hebdomadaire s'allonge.

De plus, il existe une tendance à une corrélation négative avec l'augmentation du nombre de semaines de congés annuels, la QdVP diminuant avec l'allongement des périodes de congés.

ii) De la qualité de vie sociale, familiale et de loisirs

Tableau 28: Analyses univariées de la QdVS selon les facteurs prédictifs

Variables	Classe	Effectifs	Moyenne (± écart-type)	Coefficient de corrélation (IC à 95 %)	P-value	Type de test
Classe d'âge étudiées (n=137)	≤40 ans	34	6.78 (±1.93)		0,3	Anova
	[41-54] ans	32	6.16 (±2.61)			
	≥ 55 ans	71	6.00 (±2.56)			
Genre (n=137)	Homme	90	6.18 (±2.55)		0,76	Welch
	Femme	47	6.31 (±2.22)			
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	6.68 (±2.29)		<0.001	Mann-Whitney
	Seul	26	4.51 (±2.16)			
Parentalité (n=136)	Oui	113	6.33 (±2.50)		0,25	Mann-Whitney
	Non	23	5.95 (±1.95)			
Type d'activité (n=137)	Installé	120	6.19 (±2.48)		0,82	Mann-Whitney
	Remplaçant	17	6.54 (±2.13)			
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	6.18 (±2.53)		0,56	Anova
	« Zones dites intermédiaires »	43	6.58 (±2.33)			
	Urbain	38	6.03 (±2.37)			
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	6.16 (±2.68)		0,91	Kruskal-Wallis
	Cabinet de groupe	45	6.40 (±2.26)			
	MSP	30	6.27 (±2.13)			
Nombre d'associés (n=118)				0.0502 (-0.132; 0.229)	0,59	Pearson
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	6.07 (±2.45)		0,09	Welch
	Non	34	6.85 (±2.26)			
Appel à un remplaçant (n=119)	Oui	67	6.14 (±2.58)		0,76	Welch
	Non	52	6.28 (±2.38)			
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)				-0.00953 (-0.181; 0.163)	0,91	Pearson
Nombre de consultations par jour (n=127)				-0.0362 (-0.209; 0.139)	0,69	Pearson
Nombre de visites par jour (n=127)				0.0957 (-0.0798; 0.266)	0,28	Pearson
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)				-0.154 (-0.321; 0.0220)	0.086	Pearson
Nombre d'actes par heure (n=122)				0.0461 (-0.133; 0.222)	0,61	Pearson
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	6.29 (±2.38)		0,67	Welch
	Non	56	6.11 (±2.55)			
Nombre de gardes de semaine par mois (n=74)				0.130 (-0.101; 0.349)	0,27	Pearson
Nombre de gardes de WE par mois (n=74)				0.144 (-0.0871; 0.361)	0,22	Pearson
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)				-0.0216 (-0.191; 0.149)	0,8	Pearson
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)				-0.0478 (-0.219; 0.126)	0,59	Pearson

On note que les moyennes des ressentis de la QdVS des MG de notre étude diminuent en fonction de l'avancée en âge. Toutefois, il n'est pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur ce critère.

Par contre, le fait de vivre en couple améliore le ressenti de cette QdVS de façon statistiquement significative. On observe, en outre, que la QdVS s'améliore lorsque les médecins ne disposent pas d'un secrétariat, cet élément suivant une tendance statistiquement significative.

Il est par ailleurs mis en évidence une tendance à une corrélation négative selon laquelle la QdVS diminue en fonction de l'augmentation du temps de travail hebdomadaire.

d) De la perception de conflit travail-hors travail

Tableau 29: Analyses univariées de la perception de CTHT selon les facteurs prédictifs

Variables	Classe	Effectifs	Moyenne (± écart-type)	Coefficient de corrélation (IC à 95 %)	P-value	Type de test
Classe d'âge étudiées (n=137)	≤40 ans	34	8.82 (±4.30)		0,24	Anova
	[41-54] ans	32	8.75 (±4.66)			
	≥ 55 ans	71	10.2 (±5.29)			
Genre (n=137)	Homme	90	9.34 (±5.23)		0,51	Welch
	Femme	47	9.89 (±4.34)			
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	9.15 (±4.76)		0.039	Mann-Whitney
	Seul	26	11.0 (±5.46)			
Parentalité (n=136)	Oui	113	9.84 (±5.16)		0.081	Mann-Whitney
	Non	23	7.83 (±3.21)			
Type d'activité (n=137)	Installé	120	9.93 (±5.01)		<0.01	Mann-Whitney
	Remplaçant	17	6.76 (±3.29)			
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	10.1 (±5.26)		0,5	Anova
	« Zones dites intermédiaires »	43	9.14 (±4.72)			
	Urbain	38	9.03 (±4.73)			
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	9.95 (±5.10)		0,15	Kruskal-Wallis
	Cabinet de groupe	45	8.47 (±4.40)			
	MSP	30	10.1 (±5.26)			
Nombre d'associés (n=118)				-0.0993 (-0.275; 0.0829)	0,28	Pearson
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	9.48 (±5.19)		0,93	Welch
	Non	34	9.56 (±4.16)			
Appel à un remplaçant (n=119)	Oui	67	10.1 (±5.15)		0,7	Welch
	Non	52	9.73 (±4.95)			
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)				0.0215 (-0.151; 0.193)	0,81	Pearson
Nombre de consultations par jour (n=127)				0.115 (-0.0606; 0.283)	0,2	Pearson
Nombre de visites par jour (n=127)				-0.0492 (-0.222; 0.126)	0,58	Pearson
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)				0.143 (-0.0333; 0.311)	0,11	Pearson
Nombre d'actes par heure (n=122)				0.0991	0,28	Spearman
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	10.2 (±4.83)		0,18	Welch
	Non	56	9.05 (±4.85)			
Nombre de gardes de semaine par mois (n=74)				-0.0317 (-0.258; 0.198)	0,79	Pearson
Nombre de gardes de WE par mois (n=74)				-0.0745 (-0.298; 0.157)	0,53	Pearson
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)				0.126 (-0.0453; 0.290)	0,15	Pearson
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)				0.0124 (-0.161; 0.185)	0,89	Pearson

En moyenne, on observe que la présence de CTHT est moins marquée chez les médecins âgés de 40 ans et moins, par rapport à ceux âgés de 55 ans et plus. La perception d'un CTHT diminue discrètement en cours de carrière avant de progresser en fin de carrière. Il n'est néanmoins pas mis en évidence de différence statistiquement significative sur ce critère.

Il est par contre mis en évidence de façon statistiquement significative que les remplaçants présentent des scores de CTHT plus faibles que les médecins qu'ils remplacent.

Il est par ailleurs mis en évidence que les médecins vivant en couple sont moins sujets à ces conflits et il existe une tendance statistique protectrice selon le fait de ne pas être parent.

e) De la présence d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

i) Analyse selon la présence d'un SEPS

Tableau 30: Analyses univariées de la présence d'un SEPS selon les facteurs prédictifs

Variables	Classe	Effectifs	Absence (n=86)	Présence (n=51)	P-value	Type de test
Âge		(n=137)	50.9 (±13.3)	52.3 (±12.4)	0,54	Welch
Classes d'âges étudiées (n=137)	≤40 ans	34	23 (67,75%)	11 (32,25%)	0,65	Chi2
	[41-54] ans	32	21 (65,6%)	11 (34,4%)		
	≥ 55 ans	71	42 (59,15%)	29 (40,85%)		
Genre (n=137)	Homme	90	55 (61,1%)	35 (38,9%)	0,71	Chi2
	Femme	47	31 (66%)	16 (34%)		
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	77 (70%)	33 (30%)	<0.01	Chi2
	Seul	26	9 (34,6%)	17 (65,4%)		
Parentalité (n=136)	Oui	113	73 (64,6%)	40 (35,4%)	0,62	Chi2
	Non	23	13 (56,5%)	10 (43,5%)		
Type d'activité (n=137)	Installé	120	73 (60,8%)	47 (39,2%)	0,33	Chi2
	Remplaçant	17	13 (76,5%)	4 (23,5%)		
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	35 (63,6%)	20 (36,4%)	0,4	Chi2
	« Zones dites intermédiaires »	43	30 (69,8%)	13 (30,2%)		
	Urbain	38	21 (55,2%)	17 (44,8%)		
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	41 (67,2%)	20 (32,8%)	0,61	Chi2
	Cabinet de groupe	45	26 (57,8%)	19 (42,2%)		
	MSP	30	19 (63,4%)	11 (36,6%)		
Nombre d'associés		(n=118)	1.36 (±2.02)	2.02 (±2.44)	0,13	Welch
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	64 (62,75%)	38 (37,25%)	1	Chi2
	Non	34	22 (65%)	12 (35%)		
Appel à un remplaçant (n=119)	Oui	67	42 (62,7%)	25 (37,3%)	0,88	Chi2
	Non	52	31 (59,6%)	21 (40,4%)		
Nombre de demi-journées par semaine		(n=130)	8.76 (±1.57)	8.81 (±1.60)	0,86	Welch
Nombre de consultations par jour		(n=127)	27.3 (±6.99)	30.2 (±11.5)	0,12	Welch
Nombre de visites par jour		(n=127)	2.23 (±2.00)	1.84 (±1.31)	0,19	Welch
Temps de travail hebdomadaire (en h)		(n=125)	49.4 (±11.5)	51.4 (±11.0)	0,36	Welch
Nombre d'actes par heure		(n=122)	2.64 (±0.704)	2.74 (±0.655)	0,43	Welch
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	52 (69,4%)	23 (30,6%)	0,14	Chi2
	Non	56	31 (55,4%)	25 (44,6%)		
Nombre de gardes de semaine par mois		(n=74)	1.72 (±1.27)	1.53 (±1.12)	0,34	Mann-Whitney
Nombre de gardes de WE par mois		(n=74)	0.572 (±0.477)	0.333 (±0.277)	0.027	Mann-Whitney
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)			5.95 (±2.35)	6.93 (±2.24)	0,018	Welch
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)			398 (±77.9)	392 (±75.1)	0,67	Welch

Alors que l'on remarque que les MG de notre étude sont plus souvent sujets à l'apparition d'un SEPS en fonction de l'avancée en âge, il n'est pas mis en évidence de significativité statistique sur ce critère.

Il est mis en évidence des différences statistiquement significatives sur les trois critères suivants.

Le fait de vivre en couple est protecteur dans notre étude vis-à-vis de l'apparition d'un SEPS.

Il est également mis en évidence que les médecins présentant un SEPS prennent des périodes de congés plus longues et effectuent moins de gardes de week-end mensuelles.

ii) Analyse selon les résultats aux différentes échelles du MBI

Tableau 31: Analyses univariées selon les facteurs prédictifs de chacune échelles du MBI

Variables	Classe	(n=)	Score d'épuisement émotionnel (score de 0 à 54)			Score de dépersonnalisation (score de 0 à 30)			Score d'accomplissement professionnel (score de 0 à 48)			Type de test
			Moyenne (écart-type)	Coefficient de Corrélation (IC95)	P-value	Moyenne (écart-type)	Coefficient de Corrélation (IC95)	P-value	Moyenne (écart-type)	Coefficient de corrélation (IC95)	P-value	
Âge (n=137)				0,0760 (-0,0929; 0,241)	0,38		-0,0506 (-0,216; 0,118)	0,56		-0,0787 (-0,243; 0,0902)	0,36	Pearson
Classes d'âges étudiées (n=137)	≤40 ans	34	16,8 (±11,9)			7,32 (±5,47)			40,5 (±5,87)			Anova
	[41-54] ans	32	18,9 (±10,9)		0,26	6,91 (±6,02)		0,83	39,1 (±7,73)		0,65	
	≥ 55 ans	71	20,7 (±11,4)			7,70 (±6,64)			39,0 (±8,80)			
Genre (n=137)	Homme	90	20,0 (±11,7)			7,61 (±6,50)			39,5 (±8,62)			Welch
	Femme	47	18,0 (±10,9)		0,34	7,06 (±5,60)		0,61	39,1 (±6,32)		0,77	
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	17,8 (±10,7)		<0.01	6,63 (±5,69)		<0.01	39,6 (±8,01)		0,23	Mann-Whitney
	Seul	26	25,0 (±12,3)			10,6 (±7,28)			38,2 (±7,47)			
Parentalité (n=136)	Oui	113	19,2 (±11,7)		0,67	7,38 (±6,36)		0,63	39,3 (±8,33)		0,55	Mann-Whitney
	Non	23	19,3 (±9,81)			7,43 (±5,48)			39,6 (±5,45)			
Type d'activité (n=137)	Installé	120	19,9 (±11,6)		0,2	7,66 (±6,41)		0,4	39,5 (±7,41)		0,75	Mann-Whitney
	Remplaçant	17	15,4 (±9,10)			5,76 (±4,15)			38,2 (±10,9)			
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	18,7 (±11,8)		0,89	6,89 (±6,67)		0,69	40,6 (±8,11)		0,28	Anova
	« Zones dites intermédiaires »	43	19,2 (±11,6)			7,47 (±6,02)			38,7 (±7,45)			
	Urbain	38	19,9 (±10,7)			8,03 (±5,78)			38,2 (±8,04)			
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	20,3 (±11,9)		0,49	7,38 (±7,14)		0,49	40,6 (±6,71)		0,3	Kruskal-Wallis
	Cabinet de groupe	45	18,0 (±11,2)			6,98 (±5,25)			37,9 (±9,38)			
	MSP	30	18,6 (±10,7)			8,03 (±5,58)			39,0 (±7,58)			
Nombre d'associés (n=118)				-0,124 (-0,298; 0,0581)	0,18		0,0677 (-0,114; 0,245)	0,47		-0,194 (-0,362; -0,0134)	0.036	Pearson
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	18,9 (±11,3)		0,58	7,34 (±5,69)		0,9	39,0 (±7,45)		0,51	Welch
	Non	34	20,1 (±11,6)			7,53 (±7,63)			40,2 (±9,19)			
Appel à un remplaçant (n=119)	Oui	67	19,6 (±12,4)		0,94	7,85 (±6,55)		0,66	39,6 (±7,45)		0,81	Welch
	Non	52	19,8 (±11,0)			7,33 (±6,30)			39,3 (±7,47)			
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)				-0,0990 (-0,267; 0,0745)	0,26		-0,140 (-0,305; 0,0329)	0,11		-0,0806 (-0,249; 0,0929)	0,36	Pearson
Nombre de consultations par jour (n=127)				0,194 (0,0209; 0,357)	0,028		0,142 (-0,0327; 0,309)	0,11		-0,0909 (-0,261; 0,0846)	0,31	Pearson
Nombre de visites par jour (n=127)				-0,136 (-0,303; 0,0390)	0,13		-0,0677 (-0,239; 0,108)	0,45		0,0351 (-0,140; 0,208)	0,7	Pearson
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)				0,0893 (-0,0877; 0,261)	0,32		-0,0670 (-0,240; 0,110)	0,46		-0,129 (-0,298; 0,0476)	0,15	Pearson
Nombre d'actes par heure (n=122)				0,0196 (-0,159; 0,197)	0,83		0,0667 (-0,112; 0,242)	0,47		-0,0187 (-0,196; 0,160)	0,84	Pearson
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	19,6 (±11,1)		0,95	7,52 (±6,72)		0,73	40,2 (±6,69)		0,31	Welch
	Non	56	19,5 (±11,8)			7,14 (±5,67)			38,7 (±8,95)			
Nombre de gardes de semaine par mois (n=74)				-0,0403 (-0,266; 0,190)	0,73		0,0381 (-0,192; 0,264)	0,75		-0,00397 (-0,232; 0,225)	0,97	Pearson
Nombre de gardes de WE par mois (n=74)				-0,138 (-0,355; 0,0933)	0,24		-0,227 (-0,433; 0,00165)	0.052		0,0179 (-0,211; 0,245)	0,88	Pearson
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)				0,136 (-0,0353; 0,299)	0,12		0,106 (-0,0655; 0,271)	0,22		-0,279 (-0,429; -0,114)	<0.01	Pearson
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)				-0,118 (-0,285; 0,0560)	0,18		-0,155 (-0,320; 0,0181)	0.079		-0,00193 (-0,175; 0,171)	0,98	Pearson

Selon l'échelle d'épuisement émotionnel :

Selon les classes d'âge étudiées, il est mis en avant une progression des scores d'EE en fonction de la montée en âge des médecins. Il n'est toutefois pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon les classes d'âge sur ce critère.

Il est mis en évidence des différences statistiquement significatives selon les deux critères suivants. Le fait de vivre en couple est protecteur vis-à-vis de l'EE. Il est par ailleurs mis en évidence une augmentation des scores d'EE à mesure que le nombre de consultations par jour augmente.

Selon l'échelle de dépersonnalisation :

Selon les classes d'âge étudiées, on remarque que les scores de DP s'améliorent en cours de carrière avant de repartir à la hausse. Il n'est toutefois pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon les classes d'âge sur ce critère.

Il est mis en évidence une différence statistiquement significative, à savoir que le fait de vivre en couple est protecteur vis-à-vis de la DP.

Par ailleurs, deux tendances de corrélations négatives sont mises en avant, les scores de DP progressant avec la baisse du nombre de demi-journées travaillées par an et du nombre de gardes de week-end réalisées par mois.

Selon l'échelle d'accomplissement professionnel :

Selon les classes d'âges étudiées, on note une diminution des scores d'AP en fonction de la montée en âge des médecins. Il n'est toutefois pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon les classes d'âge sur ce critère.

Il est par contre mis en évidence de façon statistiquement significative deux corrélations négatives. L'accomplissement professionnel diminue avec d'une part l'augmentation du nombre d'associés et d'autre part l'augmentation du nombre de semaines de congés annuels.

iii) Résultats aux différentes échelles mesurées selon la présence d'un SEPS

Tableau 32: Résultats et analyses uni-variées aux différentes mesures (SP, QdV personnelle et sociale et CTHT) selon la présence d'un SEPS

Effectifs (n=137)	Moyenne (écart-type)		P-value	Test utilisé
	Présence syndrome d'épuisement professionnel	Absence de syndrome d'épuisement professionnel		
Résultats à l'échelle ESVP de 5 à 35	20.7 (±6.46)	26.1 (±5.34)	<0.001	Welch
Résultats à l'EVA de qualité de vie personnelle sur 10	5.12 (±2.21)	7.16 (±1.79)	<0.001	Welch
Résultats à l'EVA de qualité de vie sociale sur 10	4.87 (±2.38)	7.03 (±2.10)	<0.001	Welch
Résultats à l'échelle SWING sur 24	12.3 (±5.59)	7.91 (±3.66)	<0.001	Welch

Présenter un SEPS est relié de façon statistiquement significative avec une diminution de la satisfaction professionnelle, des ressentis de qualité de vie personnelle et sociale et d'une majoration de la perception de conflit travail-hors travail.

2) Analyses multivariées

a) Des données socio-démographiques

Tableau 33: Analyses multivariées des données socio-démographiques selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité.

Régression logistique visant à expliquer selon les classes d'âge, le genre et le type d'activité les différentes variables socio-démographiques mise en évidence en univariée quand $p \leq 0,01$					
Variables à expliquer	Variables explicatives	Odds Ratio et Coefficient de corrélation avec IC (95%)	P-value	P-global	
Avoir des enfants	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	13.0 [4.18; 50.1]	<0.01	<0.001
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	2.36 [0.524; 10.6]	0.25	
	Genre	F versus H	3.02 [1.21; 7.73]	0.018	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	23.6 [7.38; 86.6]	<0.001	
Exercice en milieu rural	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	1.05 [0.451; 2.41]	0.91	0,99
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	1.03 [0.432; 2.40]	0.95	
	Genre	F versus H	1.49 [0.728; 3.07]	0,27	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	1.04 [0.354; 2.89]	0,95	
Exercice en zones « dites-intermédiaires »	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	3.67 [1.53; 9.01]	<0.01	0.013
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	1.92 [0.751; 4.86]	0,17	
	Genre	F versus H	1.19 [0.551; 2.51]	0,66	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	2.13 [0.745; 6.03]	0,15	
Exercice en milieu urbain	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	0.154 [0.0346; 0.487]	<0.01	<0.01
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	0.531 [0.199; 1.31]	0,18	
	Genre	F versus H	0.490 [0.200; 1.11]	0,1	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.307 [0.0469; 1.17]	0,13	
Exercice solitaire versus exercice de groupe (cabinet +MSP)	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	0.0538 [0.0120; 0.170]	<0.001	<0.001
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	0.380 [0.158; 0.888]	0,027	
	Genre	F versus H	0.280 [0.125; 0.596]	<0.01	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.136 [0.0208; 0.508]	<0.01	
Nombres d'associés	Classes d'âge	Installés âgés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	1.80 [0.923; 2.86]	<0.01	<0.01
		Installés âgés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	1.04 [0.202; 2.43]	0.044	
	Genre	F versus H	-0.306 [-1.25; 0.510]	0,51	
Secrétariat	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	0.0938 [0.0145; 0.344]	<0.01	<0.001
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	0.214 [0.0587; 0.620]	<0.01	
	Genre	F versus H	0.183 [0.0515; 0.506]	<0.01	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.363 [0.0552; 1.38]	0,19	
Appel à un remplaçant	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	3.25 [1.04; 10.8]	0.045	0.072
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	2.26 [0.904; 5.74]	0.081	
	Genre	F versus H	1.71 [0.689; 4.25]	0.24	

Par rapport aux conclusions précédentes mises en avant en analyses univariées, on note qu'en réalisant des régressions linéaires et logistiques des variables socio-démographiques sur les classes d'âges et les facteurs de confusion que représentent le genre et le type d'activité, on affine notre analyse :

- Le phénomène de regroupement des MG est plus lié à l'âge qu'au genre et au type d'activité. Il en est de même pour le recours au secrétariat dans lesquels ces médecins exercent.
- Le recours aux remplaçants et l'accentuation de la taille des structures, plus marqués quand l'âge du MG installé régresse, sont plus liés à l'âge qu'au genre.

- Vis-à-vis du lieu d'exercice, l'exercice en zones « intermédiaires » des plus jeunes et en zones urbaines des MG âgés de 55 ans et plus, constaté en analyses univariées, est plus lié à l'âge qu'au genre ou au type d'activité.

- Les différences constatées sur la parentalité sont plus liées au type d'activité des médecins qu'à leur âge.

b) De la charge de travail

Tableau 34: Analyses multivariées selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité de la charge de travail

Régressions linéaires et logistiques visant à expliquer selon les classes d'âge, le genre et le type d'activité Les différentes variables de la charge de travail quand $p \leq 0,01$					
Variables à expliquer	Variables explicatives		Coefficient de corrélation et IC (95%)	P-value	P-global
Nombre de demi-journées travaillées par semaine	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	-1.20 [-1.97; -0.439]	<0.01	<0.01
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	-0.0450 [-0.721; 0.631]	0,9	
	Genre	F versus H	-0.462 [-1.08; 0.159]	0,14	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.166 [-0.707; 1.04]	0,71	
Nombre de demi-journées travaillées par an	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	-70.4 [-101; -40.1]	<0.001	<0.001
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	-5.62 [-36.6; 25.3]	0,72	
	Genre	F versus H	-43.5 [-70.3; -16.7]	<0.01	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	-81.4 [-121; -42.1]	<0.001	
Temps de travail hebdomadaire (en h)	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	-7.75 [-13.5; -2.00]	<0.01	<0.01
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	1.57 [-3.52; 6.65]	0,54	
	Genre	F versus H	-1.42 [-6.09; 3.25]	0,55	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.944 [-5.44; 7.32]	0,77	
Nombre de visites réalisées par jour	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	-1.32 [-1.78; -0.823]	<0.01	<0.01
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	-0,417[-1,20; 4,72]	0,29	
	Genre	F versus H	-0.864 [-1.41; -0.303]	<0.01	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	-1.03 [-1.70; 1.30]	0.035	
Participation au système de garde	Classes d'âge	Agés de ≤ 40 ans versus âgés ≥ 55 ans	0.513 [0.216; 1.19]	0,12	<0.001
		Agés de [41-54] ans versus âgés de ≥ 55 ans	0.158 [0.0487; 0.432]	<0.001	
	Genre	F versus H	0.568 [0.267; 1.18]	0,13	
	Type d'activité	Remplaçant versus installé	1.86 [0.649; 5.54]	0,25	

Par rapport aux conclusions précédentes mises en avant en analyses univariées, en réalisant des régressions linéaires et logistiques des variables de la charge de travail sur les classes d'âges et les facteurs de confusion que représentent le genre et le type d'activité, on affine notre analyse :

Les différences sur le nombre de demi-journées travaillées par semaine, sur le temps de travail hebdomadaire et le nombre de visites réalisées par jour, sont plus liées à l'âge qu'au type d'activité et au genre. La différence constatée de participation à la permanence de soins via la réalisation de gardes selon les classes d'âge, est également plus liée à l'âge qu'au genre et au type d'activité.

Par contre la différence statistiquement significative constatée sur le nombre de demi-journées travaillées par an en analyse univariée, est plus liée au type d'activité qu'à l'âge des médecins. (coefficient de corrélation à -81.4 par rapport au type d'activité versus -70,4 par rapport à l'âge ($p \leq 0.001$ dans les deux cas).

c) De la satisfaction professionnelle

Tableau 35: Analyse multivariée en sous-groupes de la SP selon les facteurs prédictifs

Régression linéaire visant à expliquer les résultats à l'échelle ESVP				
Variables explicatives		Coefficient de corrélation IC (95%)	P-value	P-global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	-2.09 [-5.17; 0.995]	0.18	0.41
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	-1.05 [-3.66; 1.57]	0.43	
Genre	F versus H	1.62 [-1.00; 4.24]	0,22	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	4.09 [0.598; 7.58]	0,022	
Temps de travail hebdomadaire (en h)		-0.100 [-0.196; -0.00459]	0,04	
Nombre de consultations réalisées par jour		-0.123 [-0.252; 0.00572]	0.061	
Nombre de semaines de congés annuels		-0.324 [-0.784; 0.136]	0,17	

Les deux facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le type d'activité et le temps de travail hebdomadaire.

Les MG remplaçants perçoivent une SP en moyenne supérieure de 4,09 points par rapport aux MG installés.

L'augmentation d'une heure de travail hebdomadaire fait diminuer la SP de 0,1 point en moyenne.

d) Des auto-évaluations analogiques de qualité de vie

i) Qualité de vie personnelle

Tableau 36: Analyse multivariée en sous-groupes de la QdVP selon les facteurs prédictifs

Régression linéaire visant à expliquer les résultats à l'auto-évaluation de qualité de vie personnelle				
Variables explicatives		Coefficient de corrélation avec IC (95%)	P-value	P-global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	-0.931 [-1.99; 0.123]	0.083	0.11
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	-0.903 [-1.80; -0.0107]	0.047	
Genre	F versus H	0.430 [-0.350; 1.21]	0.28	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.793 [-0.291; 1.88]	0.15	
Secrétariat	Non versus Oui	0.527 [-0.333; 1.39]	0.23	
Vivre seul ou en couple	Seul versus En couple	-1.62 [-2.54; -0.715]	<0.001	
Temps de travail hebdomadaire (en h)		-0.195 [-0.377; -0.133]	0.036	
Nombre de semaines de congés annuels		-0.133 [-0.293; 0.0270]	0.1	

Les trois facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le fait d'appartenir à la classe d'âge des 40 ans et moins versus des 55 ans et plus, le fait de vivre seul ou en couple et le temps de travail hebdomadaire.

Les MG de plus de 55 ans rapportent une évaluation de QdVP inférieure en moyenne de 0,903 points par rapport aux MG âgés de 40 ans et moins.

Les MG vivant seuls perçoivent une QdVP inférieure en moyenne de 1,62 points par rapport aux MG vivant en couple.

L'augmentation d'une heure de travail hebdomadaire fait diminuer la QdVP de 0,195 points en moyenne.

ii) Qualité de vie sociale, familiale et de loisirs

Tableau 37: Analyse multivariée en sous-groupes de la QdVS selon les facteurs prédictifs

Régression linéaire visant à expliquer les résultats à l'auto-évaluation de qualité de vie sociale, familiale et de loisirs				
Variables explicatives		Coefficient de corrélation avec IC (95%)	P-value	P-global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	-0.619 [-1.81; 0.567]	0.3	0.3
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	-0.780 [-1.78; 0.224]	0.13	
Genre	F versus H	0.329 [-0.533; 1.19]	0.45	
Enfants	Non versus Oui	0.0554 [-1.25; 1.36]	0.93	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.419 [-0.990; 1.83]	0.18	
Secrétariat	Non versus Oui	0.639 [-0.302; 1.58]	0.098	
Vivre seul ou en couple	Seul versus En couple	-2.12 [-3.17; -1.08]	<0.001	
Temps de travail hebdomadaire (en h)		-0.163 [-0.324; -0.079]	0.049	
Nombre de visites au domicile réalisées par jour		0.153 [-0.0736; 0.380]	0.18	

Les deux facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le fait de vivre seul ou en couple et le temps de travail hebdomadaire.

Les MG vivant seul perçoivent une QdVS inférieure en moyenne de 2,12 points par rapport aux MG vivant en couple.

L'augmentation d'une heure de travail hebdomadaire fait diminuer la QdVS en moyenne de 0,163 points.

e) Du ressenti de conflit travail-hors travail

Tableau 38: Analyse multivariée en sous-groupes du CTHT selon les facteurs prédictifs

Régression linéaire visant à expliquer les résultats à l'échelle SWING				
Variables explicatives		Coefficient de corrélation avec IC (95%)	P-value	P-global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	-0.0735 [-2.47; 2.32]	0.95	0.24
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	1.40 [-0.626; 3.43]	0.17	
Genre	F versus H	0.549 [-1.21; 2.31]	0.59	
Enfants	Non versus Oui	-2.01 [-4.23; 0.201]	0.074	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	-3.16 [-5.64; -0.680]	0.013	
Mode d'exercice	Exercice seul versus groupe (cabinet de groupe+MSP)	0.817 [-0.866; 2.50]	0.34	
Vivre seul ou en couple	Seul versus En couple	1.85 [-0.259; 3.97]	0.085	
Temps de travail hebdomadaire (en h)		0.0744 [0.00451; 0.144]	0.037	
Nombre de consultations réalisées par jour		-0.00886 [-0.0918; 0.0740]	0.83	
Participation à la permanence de soins	Non versus Oui	-1.15 [-2.84; 0.544]	0.18	
Nombre de semaines de congés annuels		0.264 [-0.0954; 0.623]	0.15	

Les deux facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le type d'activité et le temps de travail hebdomadaire.

Les MG remplaçants perçoivent en moyenne un score de CTHT inférieur en moyenne de 3,16 points par rapport aux MG installés.

L'augmentation d'une heure de travail hebdomadaire fait augmenter ce score de conflit de 0,0744 points.

f) Selon la présence d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

Tableau 39: Analyse multivariée en sous-groupes de la présence d'un SEPS selon les facteurs prédictifs

Régression logistique visant à expliquer la présence d'épuisement professionnel				
Variables explicatives		Odds Ratio avec (IC à 95%)	P-value	P global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	0.544 [0.152; 1.95]	0.89	0.52
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	0.920 [0.273; 3.10]	0.35	
Genre	F versus H	0.796 [0.305; 2.08]	0.64	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.239 [0.0549; 1.04]	0.057	
Vivre seul ou en couple	Seul versus En couple	5.28 [1.82; 15.3]	<0.001	
Nombre d'associés	>2 vs ≤2	2.06 [0.949; 4.50]	0.067	
Nombre de consultations réalisées par jour		1.06 [1.01; 1.11]	0.036	
Nombre de visites au domicile réalisées par jour		0.905 [0.726; 1.12]	0.36	
Nombre de semaines de congés annuels		1.28 [1.07; 1.53]	<0.01	

Les trois facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le fait de vivre seul ou en couple, le nombre de consultations réalisées par jour et le nombre de semaines de congés annuels.

Le fait de vivre seul multiplie le risque par 5,28 de développer un SEPS.

L'augmentation du nombre de consultations réalisées par jour augmente le risque de développer un SEPS, chaque consultation supplémentaire induisant un sur-risque cumulatif de 1,06.

De même, l'augmentation du nombre de semaines de congés annuels suit le même schéma avec un OR à 1,28.

g) Analyse selon les échelles du MBI

i) Échelle d'épuisement émotionnel

Tableau 40: Analyse multivariée en sous-groupes des scores d'EE selon les facteurs prédictifs

Régression linéaire visant à expliquer les résultats à l'échelle d'épuisement émotionnel				
Variables explicatives		Odds Ratio et Coefficient de corrélation avec IC (95%)	P-value	P global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	2.11 [-3.44; 7.67]	0.45	0,26
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	3.91 [-0.793; 8.61]	0.1	
Genre	F versus H	-1.12 [-5.27; 3.03]	0.6	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	-2.54 [-8.18; 3.10]	0.37	
Vivre seul ou en couple	Seul versus En couple	7.24 [2.47; 12.0]	<0.01	
Nombre de consultations réalisées par jour		0.241 [0.0242; 0.458]	0.03	
Nombre de visites au domicile réalisées par jour		-0.891 [-1.90; 0.119]	0.083	
Nombre de demi-journées travaillées par an		-0.175 [-0.431; 0.0823]	0.18	
Nombre de semaines de congés annuels		0.660 [-0.172; 1.49]	0.12	

Les deux facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le fait de vivre seul ou en couple et le nombre de consultations réalisées par jour.

Les MG vivant seul présentent un score d'EE en moyenne de 7,24 points par rapport aux MG vivant en couple.

L'augmentation du nombre d'une consultation par jour induit une augmentation du score d'EE de 0,241 points en moyenne.

ii) Échelle de dépersonnalisation

Tableau 41: Analyse multivariée après transformation logarithmique des scores de DP selon les facteurs prédictifs

Régression linéaire avec transformation logarithmique de DP visant à expliquer les résultats à l'échelle de dépersonnalisation.				
En raison de la présence d'une hétéroscédasticité, il a été nécessaire de transformer les données. D'après l'aspect des données, le plus logique a été de procéder à une transformation logarithmique du score de dépersonnalisation.				
Variables explicatives		Coefficient avec IC (95%)	P-value	P global
Age (en classe)	[41-54] versus ≤ 40 ans	0.843 [0.0108; 44.1]	0.92	0.76
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	0.299 [0.00338; 10.6]	0.57	
Genre	F versus H	0.269 [0.0126; 5.32]	0.4	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	0.364 [0.00212; 32.2]	0.67	
Vivre seul ou en couple	Seul versus En couple	0.855 [0.789; 0.973]	0,03	
Nombre de demi-journées par semaine		0.895 [0.806; 0.982]	0,02	
Nombre de consultations réalisées par jour		0.988 [0.779; 1.17]	0.88	
Nombre de semaines de congés annuels		0.828 [0.427; 1.62]	0.53	

Les deux facteurs prédictifs statistiquement significatifs retrouvés sont le fait de vivre seul ou en couple et le nombre de demi-journées travaillées par semaine.

L'augmentation d'une demi-journée travaillé par semaine multiplie le score de DP par 0,895. Ainsi plus on travaille plus le score de DP diminue.

Par ailleurs, le fait de vivre seul induit une dépersonnalisation plus élevée.

iii) Échelle d'accomplissement professionnel

Tableau 42: Analyse multivariée après dichotomie des scores d'AP selon les facteurs prédictifs

Régression logistique visant à expliquer les résultats à l'échelle d'accomplissement professionnel				
En raison de la présence d'une hétéroscédasticité, il a été nécessaire de transformer les données. D'après l'aspect des données, le plus logique était de dichotomiser la variable en 2 valeurs : < 40 et >=40, et donc de réaliser une régression logistique.				
Variables explicatives		Odds Ratio avec IC (95%)	P-value	P global
Age	[41-54] versus ≤ 40 ans	1.40 [1.09; 3.84]	0.12	0.3
	≥ 55 ans versus ≤ 40 ans	1.53 [1.11; 5.43]	0.22	
Genre	F versus H	1.64 [1.21; 3.68]	0.15	
Type d'activité	Remplaçant versus installé	1.19 [1.04; 2.08]	0.018	
Mode d'exercice	Groupe versus seul	2.22 [1.35; 8.49]	0,65	0,54
	MSP versus seul	1.69 [1.18; 5.18]	0,27	
Temps de travail hebdomadaire (en h)		2.73 [2.62; 2.85]	0.85	
Nombre de semaine de congés annuels		2.79 [2.36; 3.40]	0.79	

Le seul facteur prédictif statistiquement significatif retrouvé est le type d'activité.

Le fait d'être MG remplaçant augmente la probabilité d'avoir un score d'AP supérieur à 40, avec un OR à 1.19, c'est-à-dire de présenter un accomplissement professionnel haut.

V) DISCUSSION

A) Comparaison à la bibliographie

1) Comparaison de nos mesures recueillies par rapport à celles retrouvées dans la bibliographie

a) Satisfaction professionnelle

Concernant la satisfaction professionnelle, nous retrouvons un score moyen de 24,06/35 via l'échelle ESVP.

Dans la bibliographie mobilisée sur la SP des médecins généralistes, certains auteurs^{39,146} ont utilisé l'échelle ESVP retrouvant des scores allant de 24,1 à 25,90/35. D'autres ont appréhendé la SP via des EVA avec des scores allant de 6,24 à 7,3/10^{45,53,93,147,148}, ou une échelle de Likert de 1 à 7 et retrouvaient une évaluation à 4,69/7⁸⁹.

En utilisant leurs échelles nos résultats seraient transposables à 6,87/10 et 4,81/7.

Par ailleurs, Macet et Kerihuel, dans le Cher en 2016, retrouvaient que 49,1 % des médecins percevaient un décalage entre leur vie professionnelle souhaitée et réelle jugé comme important ou très important¹²⁶.

Au vu de ces différentes évaluations, les médecins généralistes de notre étude présentent une satisfaction professionnelle dans la fourchette moyenne de ces différentes références.

b) Qualité de vie

Les valeurs retrouvées aux échelles analogiques de QdV dans notre étude sont de 6,4/10 pour la QdV personnelle et de 6,23/10 pour la QdV sociale, familiale et de loisirs.

Dans la bibliographie mobilisée concernant des médecins généralistes, de nombreux auteurs notamment dans des thèses de médecine ont utilisé des EVA pour évaluer ces données. Nous retrouvons pour la QdVP des valeurs allant de 5,17¹⁴⁶ à 7,06/10⁵⁸ et entre 5,84¹²⁰ et 6,79/10¹⁴⁹ pour la QdVS^{51,58,89,90,93,120,146,148-150}.

Cette première constatation met en évidence que le ressenti de la qualité de vie personnelle et sociale des médecins de notre étude se situe dans les moyennes des ressentis collectés jusqu'à présent.

c) Conflit travail-hors travail

Nous avons choisi d'explorer la perception d'un conflit travail-hors travail via l'utilisation d'une partie de l'échelle *Survey Work-Home Interaction Nijmegen* (SWING) adaptée en français par Lourel explorant le « *Work-Home Interaction* »⁶⁸.

Le score obtenu moyen était de 9,53/24.

Lourel expose des résultats émanant de l'étude de validation de sa traduction de l'échelle de Geurts. Cette étude a été menée auprès de participants adultes, salariés tout-venant, dont 17% de médecins. Elle retrouvait des scores moyens dans la dimension « *Work-Home Interaction* » de 5,28/24 chez les hommes et de 4,30/24 chez les femmes⁶⁸. L'enquête Technologia réalisée en France retrouve un score de 5,03/24 sur la partie WHI de l'échelle SWING¹⁴². Ces résultats sont néanmoins à tempérer du fait d'un taux de réponses bas à 6 %, cette étude étant destinée à une population de type générale mais présentant une surexpression de cadres et de professions à fonctions intellectuelles supérieures. La bibliographie mobilisable sur des résultats comparables est faible, les scores exprimés sont souvent soit en lien avec d'autres types de populations (employés, travailleurs sociaux...) ou déjà traités de façon statistique ou exprimés en lien avec une autre échelle. Tout au plus pouvons nous citer une étude

Gabonaise ¹⁵¹ sur une population hospitalière qui récolte pour le WHI un score moyen de 16,6/24 mais de là à se permettre des comparaisons valides...

De nombreux thésards en médecine générale ont exploré le conflit travail-hors travail, mais ont employé des EVA ou des échelles de Likert pour explorer ce concept. La mobilisation d'échelles analogiques trouve des scores allant de 5,6 ¹⁵² à 6,54/10 ⁴⁵. L'interprétation des échelles de Likert met en avant des proportions de médecins satisfaits de leur équilibre travail-hors travail de l'ordre de 16 % ¹⁴⁸ à 80,8 % ⁷¹ et insatisfaits de l'ordre de 35 % ¹⁵³ à 82,7 % ¹⁴⁷. Il pouvait être également demandé si le médecin ressentait que le travail empiétait sur la vie privée, et dans ce cas les fréquences retrouvées allaient de 51,6 % ¹⁵⁴ à 84,6 % ⁵⁸. Nous avons également retrouvé des travaux recherchant ce concept via l'exploration du ressenti de conjoints de MG. Hiltrand retrouve par exemple que 45,7 % des conjoints de médecins ne sont pas satisfaits du temps passé avec leur conjoint ¹⁴⁷.

Macet et Kerihuel, dans le Cher en 2016, retrouvaient que 63,3 % des médecins étaient satisfaits à très satisfaits de leur équilibre entre vie professionnelle et vie privée ¹²⁶.

En définitive, il est difficile de déterminer comment le ressenti de perception des médecins du Cher sur leur conflit travail-hors travail se situe par rapport à d'autres travaux menés chez des médecins généralistes français d'autant plus que les intervalles exprimés sont conséquents. Mais cette différence est nettement plus perceptible par rapport à la population générale. Il est établi que la conciliation entre vie professionnelle et personnelle est plus compliquée dans notre profession qu'en population générale, ce qui a été notamment recherché par une importante étude américaine ¹⁰³. Les auteurs retrouvaient que les médecins étaient pour 40,2 % d'entre eux insatisfaits de la conciliation travail-famille contre 23,2 % en population générale. Cette différence s'étant creusée entre 2011 et 2014 ¹⁵⁵.

d) Présence d'un SEPS et analyse de ses différentes composantes

Dans notre étude, le taux de médecins en SEPS était de 37% dont 4,38 % en intensité élevée, 17% avaient un épuisement émotionnel élevé, 24% une dépersonnalisation élevée et 17% un accomplissement professionnel bas.

Au vu de la bibliographie française mobilisée sur ce sujet, le taux de médecins présentant un SEPS varie de 30,7 % ¹²⁵ à 47 % ¹¹⁴. Si l'on prend la définition conservatrice du SEPS comme l'a mise en avant Cathébras au titre d'une atteinte élevée dans les trois dimensions, le taux de médecins en SEPS sévère varie de 1 % ¹²⁵ à 13,8 % ¹¹⁴. Le taux de médecins présentant un EE élevé varie de 18 % ¹²⁶ à 43,2 % ¹²², celui des médecins présentant une DP élevée varie de 19,6 % ¹²³ à 43,7 % ¹¹⁶, celui des médecins présentant un AP bas varie de 10,6 % ¹²³ à 65,6 % ¹¹⁴.

Au vu de ces différentes mesures, les taux de médecins généralistes de notre étude présentant un SEPS se trouvent dans la fourchette moyenne. C'est également le cas si l'on prend la définition conservatrice selon Cathébras. Le taux de médecins présentant un EE élevé était plus bas que ce que l'on observe habituellement, le taux de médecins présentant une DP élevée et un AP bas était également dans les fourchettes basses.

Toutefois notre méthodologie peut expliquer seulement en partie ces résultats. Selon le type d'activité on remarque que l'occurrence d'un SEPS était présente pour (n=4/17) des remplaçants versus (n=47/120) installés (soit 39,17 %) ; la présence d'un SEPS sévère était uniquement retrouvée chez les MG installés (n=6 soit 5 %). La présence d'un EE élevé n'était également retrouvée que chez les MG installés (n=23 soit 19,17 %). La DP élevée était retrouvée pour (n=2/17) des remplaçants versus (n=31/120) installés (soit 25,83 %). La présence d'un AP bas n'était retrouvée que pour (n=2/17) des remplaçants versus (n=21/120) installés (soit 17,50 %).

Au niveau local, même au vu de la méthodologie différente adoptée dans notre étude, en comparaison aux travaux menés par El Ouali en 2006 ¹²¹, on remarque une nette diminution de la proportion de médecins dans chacune des trois dimensions. Ce constat avait déjà été remarqué par Macet et Kerihuel en 2016, sous réserve d'un faible effectif et taux de participation ¹²⁶.

La satisfaction et les ressentis de qualité de vie collectés dans notre étude sont comparables à ceux retrouvés précédemment. La comparaison de l'impact du conflit travail-hors travail est plus délicate. Par contre, la prévalence du SEPS et notamment de ses composantes est plus basse que celle précédemment collectée dans le territoire.

2) Vis-à-vis de l'impact de l'âge sur les différentes mesures effectuées

a) Sur la satisfaction professionnelle

Le but de notre étude était de déterminer, s'il existait une différence entre les médecins les plus jeunes et ceux âgés de 55 ans et plus.

Au cours de l'avancée en âge des médecins de notre étude, on observe que les moyennes de la SP des trois classes d'âge étudiées forment une courbe en U, avec une dégradation en milieu de carrière. Les médecins âgés de 40 ans et moins percevant une SP moyenne de 25,1/35, ceux âgés de 41 à 54 ans de 23/35 et ceux âgés de 55 ans et plus de 24/35, sans pour autant qu'il y ait une différence statistiquement significative de la SP entre ces trois classes d'âges.

Ainsi, on observe une moyenne plus faible chez les médecins les plus âgés de 1 point par rapport aux plus jeunes, sans pour autant que cette différence soit statistiquement significative ($p=0,43$).

Nous pouvons mobiliser certains travaux, notamment en premier lieu, une importante étude américaine réalisée à la Mayo Clinic, visant à analyser la satisfaction professionnelle, le conflit travail-hors travail et le syndrome d'épuisement professionnel sur 26 276 médecins dont un quart était des médecins généralistes¹⁴³.

Le critère de jugement principal était les phases de carrière et non l'âge absolu.

Lors de cette étude, les auteurs observent de façon statistiquement significative que la SP chez les MG était plus basse pour les médecins en début de carrière puis s'améliorait en fin de carrière.

Une autre étude réalisée par la DRESS en 2007 sur un large panel de médecins généralistes libéraux de cinq régions françaises, expose des résultats contradictoires⁸⁸. Dans cette étude, trois quarts de ces médecins sont plutôt satisfaits à très satisfaits professionnellement. En revanche, cette satisfaction semblait s'éroder à partir de 40 ans avant de repartir à la hausse à partir de 53 ans. La stabilisation de la dégradation de cette satisfaction selon un effet de sélection chez les médecins les plus âgés, a été évoquée pour expliquer ce phénomène.

En 2009, Dang Ha Doan mettait également en avant ce constat selon lequel le milieu de carrière (chez les 40 à 54 ans) était la période où les médecins trouvaient leur qualité de vie professionnelle la plus détériorée¹⁵⁶. La détérioration semblait évidente pour les deux tiers de ces médecins alors que la proportion atteint seulement la moitié des jeunes (de moins de 40 ans) et des aînés (âgés de 55 ans et plus). Il explique ce constat par le fait que le milieu de carrière est la période où le médecin présente la plus forte activité. Nous pouvons également mettre en avant les travaux mandatés par l'ARS sur les médecins du Limousin en 2015 qui mettent en avant une SP suivant une forme en U décroissant après 40 ans et remontant après 60 ans¹¹⁴.

Au total, au vu des différentes études mobilisées et au regard de nos propres résultats, la satisfaction professionnelle n'est pas linéaire au cours de la vie et de la carrière d'un médecin. Il semble être bien établi que le milieu de carrière est la période la plus délicate. Même si nos résultats ne montrent pas de significativité statistique certainement en lien avec la faible population dont nous disposions, nous retrouvons toutefois cette structure en U de la variation de la satisfaction professionnelle en fonction de l'âge.

b) Sur les différentes qualités de vie mesurées

Le but de notre étude était de déterminer, s'il existait une différence de QdV ressentie personnelle ou sociale entre les médecins les plus jeunes et ceux âgés de 55 ans et plus.

Au cours de l'avancée en âge des médecins de notre étude, on observe que les moyennes de la QdVP se dégradent avec une légère ré-ascension en fin de carrière, passant de 7,08/10 chez les médecins âgés de 40 ans et moins, à 6,15/10 chez ceux âgés de 41 à 54 ans puis à 6,18/10 chez ceux âgés de 55 ans et plus. Les moyennes de QdVS suivent une dégradation progressive selon les classes d'âge passant de 6,78/10 chez les médecins âgés de 40 ans et moins à 6,16/10 chez ceux âgés de 41 à 54 ans puis à 6/10 chez ceux âgés de 55 ans et plus.

Dans notre étude, nous mettons en évidence une différence statistiquement significative entre la QdVP ressentie entre les médecins âgés de 40 ans et moins et ceux âgés de 55 ans et plus ($p=0,047$), mais l'absence de différence sur le ressenti de la QdVS.

Soulignons, néanmoins, qu'au vu de notre méthodologie, il n'a par ailleurs pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les types d'activités. Cette différence ne pouvant donc être mise en relation directe avec le fait d'exercer en tant que remplaçant que ce soit en analyse univariée ou multivariée, malgré leur poids dans cette tranche d'âge ($n=13/34$).

En mobilisant la bibliographie à portée, Bersac et Serres évoquent une dégradation progressive de la QdVP avec l'avancée en âge^{150,148}. Selon l'enquête « Satisfaction dans la vie » de l'INSEE, portant logiquement sur de plus grosses populations, les perceptions selon l'âge de la satisfaction concernant la vie menée actuellement, de loisirs, et sociale et familiale ont tendance à se dégrader progressivement jusqu'à la quarantaine avant de remonter passé la cinquantaine, où elles se rapprochent alors des évaluations trouvées au cours de la quarantaine, avant de rechuter à nouveau passé 70 ans¹⁵⁷.

Au total, au vu de la littérature mobilisée concernant l'évolution de la QdV au cours de la vie, on remarque que la période la plus délicate semble être au cours de la quarantaine, période de la vie où les individus doivent mener et parfois confronter leurs impératifs professionnels, personnels et familiaux, notamment éducatifs.

c) Sur la perception d'un conflit travail-hors travail

Le but de notre étude était de déterminer, s'il existait des différences de perception de conflit travail-hors travail entre les médecins âgés de 40 ans et moins et ceux âgés de 55 ans et plus.

On retrouve des scores moyens de perception de CTHT de 8,82/24 chez les médecins âgés de 40 ans et moins, de 8,75/24 chez ceux âgés de 41 à 54 ans et de 10,2/24 chez ceux âgés de 55 ans et plus. Il n'est pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les classes d'âge ($p=0.17$ entre les médecins âgés de 40 ans et moins et ceux âgés de 55 ans et plus).

Différentes études internationales sur des populations de médecins peuvent être mises en avant. Selon l'étude américaine réalisée à la Mayo-Clinic, précédemment mobilisée, le CTHT suivait une courbe en U avec un impact moins marqué en début et fin de carrière et une aggravation transitoire en milieu de carrière¹⁴³. Les médecins les plus expérimentés percevaient moins de conflit travail-hors travail que les plus jeunes. Alors que dans une étude australienne, les médecins de la génération Y percevaient une meilleure conciliation de l'équilibre travail-hors travail que la génération des baby-boomers¹⁵⁸.

Trois travaux de thèse français, rapportent des éléments pertinents. Martin et Thrombert mettent en avant que les médecins, indépendamment du sexe, âgés de 45 à 54 ans perçoivent plus de CTHT⁵¹. Quand à Houllbert, elle met en avant que les médecins de son étude perçoivent moins de conflit avant 45 ans⁴⁵. De Même, Vincendon retrouvait des différences vis-à-vis de la perception de CTHT selon l'âge des médecins mais avec des classes d'âge sensiblement différentes (moins de 40 ans, 41 à 49 ans et plus de 50 ans)¹⁵⁴. Elle effectue une analyse plus fine en distinguant temps passé avec la famille et contacts sociaux. Elle retrouve que la satisfaction sur le temps passé en famille s'améliorait graduellement en fonction de l'avancée en âge des médecins. Par contre la satisfaction vis-à-vis du temps consacré aux loisirs et aux relations amicales se dégradait en milieu de carrière.

On peut supposer que les médecins en milieu de carrière de son étude privilégiaient le temps libre dont ils disposaient pour leur famille au détriment de leurs relations sociales. Dans son étude, les plus jeunes percevaient plus une influence de leurs conditions d'exercice sur leur relation de couple que les aînés. On peut supposer que la part plus importante de couple bi-actifs entre ces deux classes d'âge chez les plus jeunes comme le souligne Breuil pouvait expliquer en partie ce constat ³⁵.

L'enquête Technologia en population française générale met en avant des difficultés plus marquées entre 30 et 50 ans ¹⁴². Les études de médecine étant particulièrement longues, un décalage d'horloge peut être mis en avant dans le sens d'une entrée plus tardive dans le « monde actif », et d'un retard à la maternité. A ce sujet, en 2012, les femmes les moins diplômées avaient leur premier enfant en moyenne 4 ans plus tôt que les femmes plus diplômées ¹⁵⁹.

Au vu de la bibliographie mobilisée, nous ne retrouvons pas cet effet de majoration des conflits travail-hors travail en milieu de carrière. Peut-on penser que comme le met en avant Vincendon, les médecins de cette classe d'âge concentrent leur attention sur leur famille au détriment de leurs interactions sociales ?

Nous avons d'ailleurs mis en évidence une dégradation de leur qualité de vie sociale.

Nos résultats quant à la différence entre les générations des plus jeunes et des aînés vont dans le sens des travaux australiens et de ceux d'Houlbert mais contre ceux des travaux américains.

Dans l'étude de la Mayo-Clinic, les médecins en début de carrière étaient ceux qui affichaient le plus de difficultés à résoudre leurs conflits travail-hors travail et qui exprimaient le plus l'intention de réduire leur temps de travail pour passer plus de temps avec leur famille, par rapport aux autres tranches de carrière. Dans notre étude, les médecins âgés de 40 ans et moins comportaient une part non négligeable (n=13/34) de remplaçants, qui du fait de leurs aspirations à concilier leur vie professionnelle et personnelle, mettaient en place un fonctionnement professionnel en fonction de ces desiderata, que nous allons exposer après.

Leur impact peut expliquer en partie nos résultats.

d) Sur la présence des différentes composantes du SEPS et sa prévalence

Le but de notre étude était de déterminer, s'il existait une différence entre les médecins âgés de 40 ans et moins et ceux de 55 ans et plus vis-à-vis des trois composantes d'un SEPS et de l'émergence de ce dernier.

On observe une augmentation de la proportion de médecins touchés par un SEPS avec l'avancement en âge. Alors que 32,25 % en sont atteints chez ceux âgés de 40 ans et moins, ce taux passe à 34,4 % chez ceux âgés de 41 à 54 ans puis à 40,85 % chez ceux âgés de 55 ans et plus.

Nous retrouvons ce même schéma vis-à-vis de l'épuisement émotionnel et de l'accomplissement professionnel. Vis-à-vis de l'EE, les scores moyens croissent également en fonction de l'avancée en âge passant de 16,8/54 chez les médecins âgés de 40 ans et moins, à 18,9/54 chez ceux âgés de 41 à 54 ans puis à 20,7/54 chez ceux âgés de 55 ans et plus. Vis-à-vis de l'AP, les scores moyens se dégradent progressivement en fonction de l'avancée en âge des médecins passant de 40,5/48 chez les médecins âgés de 40 ans et moins, puis à 39,1/48 chez ceux âgés de 41 à 54 ans et enfin à 39/48 chez ceux âgés de 55 ans et plus.

Par contre, vis-à-vis de la DP, les scores moyens s'améliorent en cours de carrière, passant de 7,32/30 chez les médecins âgés de 40 ans et moins, à 6,91/30 chez ceux âgés de 41 à 54 ans avant de s'aggraver à 7,70/30 chez ceux âgés de 55 ans et plus.

Il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative que ce soit sur la présence d'un SEPS ou les composantes d'EE, de DP et d'AP selon les classes d'âge étudiées.

En mobilisant la bibliographie à disposition sur le sujet, citons en premier lieu les travaux de Maslach et al ¹⁰¹. Selon les auteurs, les SEPS seraient plus marqués chez les professionnels âgés de 30 à 40 ans, mais les auteurs insistent également sur la nécessité d'interpréter avec prudence ces résultats du fait de biais de survie. C'est-à-dire que les médecins qui s'épuisent sont plus susceptibles d'arrêter, laissant

derrière eux les « survivants » qui présentent par conséquent des niveaux d'épuisement professionnel moins élevés.

Alcaraz-Mor, dans sa revue de la littérature européenne entre 2006 et 2015 sur le SEPS et l'étude EGPRN Study retrouvaient également ce constat ^{141,117}.

L'étude américaine réalisée à la Mayo-Clinic, rapporte une analyse plus fine par tranche de carrière ¹⁴³. La présence d'un SEPS augmentait en fréquence entre la première et deuxième partie de carrière avant de s'améliorer en fin de carrière. Les médecins les plus expérimentés présentaient de ce fait moins souvent de SEPS que les plus jeunes. Des différences significatives ont également été retrouvées sur les dimensions d'EE et de DP mais pas sur l'AP. Alors que l'EE suivait le même schéma que la présence d'un SEPS avec une augmentation du début vers le milieu de carrière puis une amélioration secondaire, les médecins les plus expérimentés présentaient des scores d'EE moins marqués que les plus jeunes.

La composante de DP s'améliorait progressivement au fil de l'avancée de la carrière.

Les données nationales semi-récentes mettent en évidence quelques discordances, par rapport aux analyses mises précédemment en avant.

En 2007, Galam sous l'égide de l'URLM Ile de France a réalisé une enquête sur les médecins franciliens libéraux dont les généralistes ¹¹³. Parmi les médecins se sentant menacés (53%) par le SEPS, on retrouvait surtout des médecins généralistes âgés de 45 à 50 ans. En 2015, la fourchette est plus large avec des médecins plus touchés entre 40 et 55 ans ¹¹⁴. Serres, ayant traité ses données par période de carrière, retrouvait une prévalence de SEPS plus conséquente sur la période du milieu de carrière ¹⁴⁸.

Par contre, Bontoux mettait en avant que la fréquence du SEPS augmentait à mesure de la montée en âge des médecins ¹²⁵.

Concernant l'épuisement émotionnel, les médecins les plus épuisés sont les médecins de classes d'âge intermédiaires, en milieu de carrière ^{114,127}. Toutefois, Bontoux mettait en avant en 2016 que l'EE se majorait à mesure que les médecins prenaient de l'âge ¹²⁵.

Concernant la dépersonnalisation, elle était plus marquée en milieu de carrière chez les médecins limousins ¹¹⁴, alors qu'Humbert et Bontoux retrouvent une amélioration de la DP à mesure de l'avancée en âge des médecins ^{124,125}.

Concernant l'accomplissement professionnel, seul Jarry, au vu de la bibliographie mobilisée, retrouve un AP meilleur chez les médecins en début de carrière, de façon statistiquement significative ¹²⁰.

Il est donc difficile de conclure sur une concordance de schémas entre les résultats de notre étude du fait de lieux, de temporalités et d'échelles de mesure différents. De plus les deux seules études sur le SEPS ayant été réalisées dans le Cher ne recherchaient pas spécifiquement d'impact de l'âge ou de période de carrière sur le SEPS.

Toutefois, nous remarquons une certaine similitude avec une étude récente celle de Bontoux dans le Gers.

Du fait de l'amélioration des taux (présence SEPS, diminution dans les 3 composantes) sur le département du Cher depuis 2006 et ses similitudes temporelles avec Bontoux en 2016, peut-on se poser la question d'un changement plus lié aux générations qu'aux étapes de vie professionnelle du SEPS ?

e) Des fonctionnements professionnels qui diffèrent selon les âges

Le but de notre étude était de déterminer, s'il existait des différences de fonctionnement professionnels entre les médecins âgés de 40 ans et moins et ceux âgés de 55 ans et plus.

En analyse multi-variée selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité, nous avons pu déterminer que le mode d'exercice regroupé ($p \leq 0,001$), le recours au secrétariat ($p \leq 0,01$) et aux remplaçants ($p = 0,045$) était de façon statistiquement significative plus probable chez les médecins âgés de 40 ans et moins que ceux âgés de 55 ans et plus. Il en est de même pour l'augmentation de la taille des structures dans lesquelles exercent ces médecins ($p \leq 0,01$)

A ce propos, une étude a été menée sur la même période que notre enquête sur les conditions d'exercice des médecins généralistes. Elle retrouvait que 61 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe, dont 81 % chez les moins de 50 ans ¹⁶⁰. C'est sensiblement plus que ce que nous avons retrouvé dans notre étude où 75 médecins sur les 136 répondants à cet item exerçaient en groupe.

Cette tendance au regroupement des médecins généralistes est en progression constante et est passée de 54 % à 61 % depuis 2010. Il est également mis en évidence que la taille de ces structures augmente chez les plus jeunes ¹⁶¹. C'est également par ce phénomène de regroupement que plusieurs auteurs mettent en avant que le recours au secrétariat et aux remplaçants est plus aisé chez les médecins exerçant en groupe et donc chez les médecins les plus jeunes ^{49,37,88,91,97,162,161,130}.

De plus, Decorde et Coppolani mettent en avant que chez les remplaçants qui envisageraient une installation, le mode d'exercice privilégié serait une collaboration et un exercice dans un cabinet de groupe ^{20,18}.

Au vu de ces résultats, nous démontrons que le mode de fonctionnement global des jeunes médecins se construit en opposition de celui de leurs aînés sur de nombreux points, conformément à ce qui a été perçu par Bully chez les francs-comtois ¹. Permettant de souligner l'aspect générationnel sur ce point, au sens de la définition d'Attias-Donfut ²⁸.

Nous pouvons donc supposer qu'au vu de ces différentes analyses croisées, qu'il existe deux dynamiques distinctes l'une générationnelle et l'autre qui n'est pas liée à la génération mais qui a trait aux périodes qui structurent la vie, tant sur le plan professionnel que personnel.

Alors que le fait d'appartenir à une génération donnée va induire des modifications sur la gestion de l'exercice professionnel, c'est le moment de vie dans lequel se trouve le médecin qui semble avoir un impact sur la satisfaction professionnelle, les ressentis de qualité de vie, la perception de conflit travail-hors travail.

Toutefois, on peut se poser la question au vu des discordances mises en avant vis-à-vis de la littérature sur les taux de médecins présentant un syndrome d'épuisement professionnel et leur âge, si l'on voit se dessiner un début de virage du fait des changements de fonctionnements professionnels.

3) Objectifs secondaires : Comparaison avec la littérature des différents éléments ayant eu un impact statistiquement significatif sur nos mesures

a) Cellule familiale : Vivre seul ou en couple et présence d'enfant

Dans notre étude nous avons mis en évidence deux liens statistiquement significatifs avec le fait de vivre en couple. D'une part une amélioration des ressentis de QdVP ($p \leq 0.001$) et QdVS (≤ 0.001) et d'autre part une diminution de l'émergence de SEPS (OR à 5,28 avec $p \leq 0.001$) ainsi que sur deux de ses composantes l'épuisement émotionnel ($p \leq 0.01$) et la dépersonnalisation ($p = 0.03$).

De plus, nous avons mis en évidence une tendance négative entre le fait d'être parent et la perception du conflit travail-hors travail ($p = 0,074$)

Le fait de vivre en couple a un impact protecteur sur la QdV ressentie, que ce soit celle personnelle et celle sociale, familiale et de loisirs. L'INSEE dans son enquête « Satisfaction dans la vie » ¹⁵⁷ met en avant en population générale quelques soient l'âge et le genre, que les individus qui vivent en couple, qu'ils aient ou non des enfants, ont un niveau de satisfaction dans la vie sensiblement plus élevé que ceux qui ne sont pas en couple. Le risque de voir sa QdV se dégrader selon l'INSEE en 2010 est de 38 % pour les personnes vivant seules ¹⁶³. En 2018 selon le CNOM, 78,5 % des médecins vivent en couple ⁸⁷. Ce rapport met également en avant que vivre en couple améliore la QdV globale des médecins, c'est également le cas chez Vincendon ¹⁵⁴.

De plus, selon Maslach ¹⁰¹, en ce qui concerne l'état matrimonial, les personnes vivant seules (les célibataires d'autant plus que les divorcés) sont plus sujettes à l'apparition d'un SEPS. C'est un facteur régulièrement retrouvé dans des travaux nationaux plus récents notamment chez Galam, Jarry, Philippon ou Bontoux ^{113,120,119,125}.

Enfin vis-à-vis du conflit travail-hors travail, l'enquête Technologia met en évidence que les personnes vivant en couple ressentent moins ce conflit que les personnes célibataires ou divorcées ¹⁴². Deme et

Lourel expliquent ce constat par l'importance que représente le conjoint pour limiter l'impact du Work-Home Conflict^{66,68}. Maisonneuve évoque dans ce sens que les médecins, malgré les charges négatives que représentent le volume horaire de travail, arrivent à trouver un bon équilibre via leur stabilité familiale¹⁶⁴. Même si Michel rapporte pour une partie des conjoints de médecins qu'il a interrogés une sensation d'envahissement par la médecine de la sphère privée des conjoints de médecins⁷².

Nous ne sommes donc pas étonnés de retrouver ces différents liens.

L'enquête Technologia met en évidence que le nombre d'enfants entraîne un impact plus important que le fait d'être ou non parents. En effet, avoir un seul enfant est plus à risque de déséquilibre que d'avoir 2 ou 3 enfants¹⁴². Cependant il n'est pas précisé l'âge de ces enfants. Le fait de n'avoir qu'un enfant pourrait simplement refléter le bas-âge de ce dernier et se rapprocher des travaux de Chaney, sur des femmes médecins généralistes mères de famille, qui montrent que les enfants quand ils sont d'âge pré-scolaire induisent plus de difficultés de gestion, notamment via la garde, et donc d'équilibre vie privée-professionnelle⁷¹.

Par contre, nous sommes surpris de ne pas retrouver également d'impact de la parentalité sur l'émergence de SEPS et notamment d'incidence sur l'épuisement émotionnel. Guédon retrouvait ce lien dans sa revue de la littérature avec des OR protecteurs allant de 0,63 à 0,82¹⁰⁴. Cependant, Casin dans sa revue sur la littérature française retrouvait des discordances sur ce point entre les études mobilisées¹²⁹.

b) Type d'activité : Installés versus remplaçants

Nous découvrons quantitativement et de façon statistiquement significative dans notre étude que les remplaçants ressentent d'une part une satisfaction professionnelle meilleure ($p=0.022$) et une perception de conflit travail-hors travail moindre ($p=0.013$) que les médecins qu'ils remplacent.

De plus, le fait d'exercer en tant que remplaçant augmentait la probabilité de ressentir un accomplissement professionnel élevé (OR à 1,19 et $p=0.018$).

Cela pourrait expliquer pourquoi ce mode d'exercice se développe.

Dans sa thèse, Coppolani retrouvait que 88 % des remplaçants interrogés étaient satisfaits de leur vie professionnelle en tant que remplaçant, que 77 % craignent une augmentation de leur temps de travail, 74 % une dégradation de leur QdV et 81 % une diminution de leur temps libre en s'installant¹⁸. Decorde met en avant qu'entre jeunes installés depuis moins de 5 ans et remplaçants, ces derniers montrent une tendance nette à la réduction du temps de travail que ce soit en volume horaire hebdomadaire mais également en nombre de journées de travail par semaine²⁰. Ils considèrent cette période de remplacement comme une étape de transition nécessaire qui leur permet de jouir d'une liberté qui leur a fait défaut pendant tout le cursus universitaire. Ils placent leur cellule familiale au cœur de leurs préoccupations. La fonction de remplaçant leur permettant d'une part de renforcer leur formation, de maturer leur projet professionnel en se mettant à distance au moins temporairement de la charge administrative que sous-tend une installation. Robelet et Lapeyre parlent d'un « programme à la carte » dans ce mode d'exercice³⁷.

La liberté dans l'emploi du temps et le temps libre disponible sont deux critères prépondérants dans le choix de la pratique du remplacement selon Husson¹⁶⁵. Les travaux de Husson sont d'ailleurs particulièrement pertinents. Il a mené une étude nationale sur une vaste population de remplaçants ($n=1\ 610$) et s'est intéressé plus spécifiquement aux remplaçants âgés de moins de 40 ans, ce qui est le cas pour ($n=13/17$) des remplaçants de notre étude.

Au vu de l'importance du temps de travail, que nous allons mettre en évidence sur la perception de conflit travail-hors travail, les remplaçants travaillant en moyenne 4 heures de moins que les médecins qu'ils remplacent dans notre étude, mais étant surtout protégés d'une part non négligeable de la charge administrative que le statut d'installé confère, il est relativement logique qu'ils perçoivent moins de conflits. De plus, ils sont moins souvent parents que les installés (5/17 versus 108/120), ce qui limite également la part de conflits possibles.

Fazelly s'étant intéressé précisément aux remplaçants de la région Centre-Val de Loire évoque qu'ils appréhendent l'installation, non pas par peur d'une évolution somme toute « naturelle » de leur métier, mais par peur d'une perte de QdV, d'une privation de leurs libertés, ne considérant plus la médecine générale comme le sacerdoce qu'elle pouvait être ¹⁶⁶. Coliche et Noël recourent cette analyse du refus « d'un sacerdoce » ⁵².

Ces quatre auteurs s'accordent néanmoins sur le fait que la majorité des remplaçants interrogés envisagent une installation, dans des délais de l'ordre de 1 à 3 ans, idéalement en structure de groupe ou en collaboration. Copollani ne retrouve dans son étude que 10 % de médecins ne souhaitant jamais s'installer et poursuivre à vie ce mode d'exercice. Pour Husson, c'est trois quarts d'entre eux qui souhaitent s'installer à terme.

Toutefois, Fazelly met également en avant des sources d'insatisfaction de ce mode d'exercice notamment vis-à-vis du manque de suivi de la relation médecin-malade qu'implique cette forme d'exercice et de la perception de l'influence du médecin qu'ils remplacent au sein de cette relation.

Au vu de ces différents éléments, il semble logique de constater que les remplaçants de notre étude perçoivent une meilleure satisfaction professionnelle, des taux d'accomplissement professionnel élevés plus conséquents et moins de conflit travail-hors travail que les médecins qu'ils remplacent.

Nous sommes toutefois étonnées au vu de ces précédentes analyses de ne pas retrouver également de différence vis-à-vis de leurs ressentis de QdVP ou QdVS. Toutefois, l'analyse croisée entre jeunes installés et remplaçants réalisée par Decorde, ne montre pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes sur la QdVP, mais il met en avant chez les médecins de son étude des ressentis de QdV, qu'elle soit personnelle, professionnelle ou globale, supérieurs (7,7/10) à ceux retrouvés en moyenne dans la littérature ²⁰.

c) Mode de fonctionnement professionnel : exercice solitaire versus regroupé, impact du nombre d'associés et de la présence d'un secrétariat

Dans notre étude, le mode d'exercice n'induisait pas de différence statistiquement significative sur les différentes mesures étudiées, notamment vis-à-vis de l'émergence de SEPS.

Sur ce point, les résultats retrouvés dans la littérature sont très divergents. Casin retrouve dans sa revue de la littérature française de 2016, qu'il existe des liens entre différents modes d'exercice, le fait d'exercer seul étant plus lié à un épuisement émotionnel élevé alors que le fait d'exercer en groupe majore l'accomplissement professionnel. Toutefois ces résultats ne sont pas concordants à toutes les études qu'elle a pu mobiliser ¹²⁹. Dans ce même type de constat, on retrouve tantôt que l'exercice de groupe favorise l'émergence de SEPS ¹⁶⁷, tantôt qu'il diminue son émergence et favorise un meilleur accomplissement professionnel ^{136,130} et tantôt il n'est pas retrouvé d'impact ^{90,93}.

Toutefois, nous avons mis en évidence, une tendance aggravante sur l'émergence d'un SEPS par rapport au nombre d'associés. Exercer dans une structure comportant plus de 2 associés étant plus à risque de voir émerger un SEPS ($p=0.067$).

Khansa réalise ce même type de constat dans sa thèse, le fait de travailler dans une structure de groupe induit une majoration du stress, avec pour elle, une significativité apparaissant au-delà de 3 associés ¹³². Cavenet quant à elle le remarque à partir de 4 associés ¹⁶⁷. Cavan ayant étudié des médecins exerçant seuls, ce constat peut-il se résumer selon l'idée de l'importance de la bonne association ? « S'associer c'est trouver des solutions à des questions que l'on ne se serait pas posées seul » ⁹².

Par ailleurs, selon le fait d'exercer seul ou en groupe, nous n'avons pas non plus mis en évidence de différence vis-à-vis de la satisfaction professionnelle, de la QdV ou de la perception de conflit travail-hors travail, malgré le fait que l'exercice de groupe est privilégié par les plus jeunes générations, comme nous l'avons précédemment mis en lumière. Nous aurions pu penser que ce mode d'exercice privilégié par les plus jeunes serait relié au vu des chiffres absolus retrouvés sur la satisfaction professionnelle, sur les QdV et perception de conflit travail-hors travail.

Dans le baromètre santé de 2009 et dans un rapport de la DRESS, la SP était meilleure chez les médecins travaillant en groupe ^{162,88}. Il permet une diminution du temps de travail (de 2 à 4 heures par

semaine) qui est à lui seul un facteur de satisfaction et permet de mutualiser les charges notamment via l'accès à un secrétariat qui peut avoir un impact sur la charge administrative. Antoine dans sa revue de la littérature évoque le regroupement comme un facteur important d'amélioration de la SP⁶⁹.

Nous aurions également pu penser qu'exercer en groupe aurait été lié à une meilleure QdV du fait notamment de la meilleure flexibilité au niveau des horaires et réduction du temps de travail qu'il induit par rapport à un exercice solitaire tout en pouvant mieux assurer la permanence des soins du fait de la possibilité de partage de patients et de dossiers^{45,48,52,58}. Ce mode d'exercice permet en outre un partage des charges financières (secrétariat, ménages, loyers, consommables, partage de locaux en cas de mi-temps...) ^{88,161}. Cependant dans son étude, Cavan met en évidence des charges moins élevées pour les médecins exerçant seuls mais souvent sans secrétariat⁹².

Malgré ces constats, dans son travail de thèse Marcheguay ne mettait pas en avant de différence statistiquement significative entre les niveaux de QdV déterminés par une échelle d'auto-évaluation analogique entre la QdV professionnelle, personnelle et globale selon le mode d'exercice regroupé ou seul⁹³. Mais selon Lemaignan, le fait de travailler seul est en soi un facteur péjoratif pour la QdV³⁹.

En outre, la présence de collègues est un élément reconnu, par plusieurs sociologues du travail, de préservation du conflit travail-hors travail^{62,63,66}, ce qui a été également mis en évidence par Houllbert dans sa thèse⁴⁵.

De plus, nous sommes étonnés de mettre en évidence une tendance ($p=0.098$) selon laquelle le fait de disposer d'un secrétariat impacte négativement la QdVS. Dans leurs thèses d'exercice, Hu et Serres mettent en avant que les médecins se plaignant le plus fréquemment d'une surcharge de travail étaient ceux qui ne disposaient pas de secrétariat^{168,148}. Laurendeau met en avant que ne pas avoir de secrétariat induit une réduction des activités et donc de la QdVS⁸⁹. Marcheguay quant à lui ne retrouvait pas de différence sur la QdV selon le fait de disposer ou non d'un secrétariat⁹³.

Au vu de ces différents éléments, le fait de disposer d'un secrétariat est plus régulièrement protecteur ou n'entraînera pas de différence, il est étonnant de retrouver un impact négatif sur ce point.

Un début d'explication peut être avancé par les travaux de Cavan sur le ressenti des médecins exerçant seul. Il explique que pour ces médecins, l'absence de secrétariat ne leur manque pas, la consultation débutant dès la réception de l'appel et leur permettait de réguler plus facilement la demande du patient⁹².

Le poids des médecins exerçant seul ($n=65/136$) dans notre étude peut avoir par ce biais induit ce résultat.

d) Charge de travail : temps de travail hebdomadaire, nombre de consultations et de visites au domicile journalières

Nos résultats mettent en évidence que le temps de travail hebdomadaire est corrélé négativement à la satisfaction professionnelle ($p=0.04$), aux QdVP ($p=0.036$) et QdVS ($p=0.049$) et à la perception d'un conflit travail-hors travail ($p=0.037$). Le nombre de consultation réalisées par jour est corrélé négativement avec l'émergence d'un SEPS ($p=0.036$) et avec le score d'EE ($p=0.03$). Le nombre de demi-journées travaillées par semaine est corrélé ($p=0.02$) avec le score de dépersonnalisation.

L'augmentation de la charge de travail est un facteur connu d'aggravation de la satisfaction professionnelle, de QdV et de perception de conflit travail-hors travail et d'émergence de SEPS, il est régulièrement retrouvé dans de nombreux travaux.

Citons à propos de la satisfaction professionnelle certains travaux de thèse de médecine générale et notamment Lemaignan qui retrouvait récemment en 2017 ce constat que ce soit chez des médecins libéraux ou salariés³⁹ ou Milliasseau qui concluait que la QdV professionnelle avait tendance à augmenter avec une charge de travail moindre et des temps de repos plus conséquents⁸⁵.

Une enquête suisse en 2003, met également en avant un lien entre augmentation de la charge horaire de travail, stress et insatisfaction professionnelle¹³⁵. En 2015, une étude de l'ARS mettait en avant que, pour 62 % des médecins sollicités la charge de travail en volume horaire était source d'insatisfaction professionnelle et qu'elle était considérée comme trop lourde pour un quart d'entre eux¹¹⁴. Dans une

étude réalisée par la DRESS en 2007, les auteurs tempèrent ce constat en mettant en avant que l'augmentation du temps de travail dépend de la typologie du médecin. Les allongements du temps de travail hebdomadaire entraînent une insatisfaction professionnelle, mais les très longues durées de travail ne peuvent pas être totalement subies, ce qui sous-tend qu'il existe de gros travailleurs satisfaits de leur charge de travail ⁸⁸.

L'aggravation de la QdV des médecins en lien avec l'allongement du temps de travail est un élément régulièrement retrouvé dans la littérature. A ce propos, certaines thèses de médecine générale réalisées selon une méthode qualitative retrouvent des liens statistiques significatifs. Citons par exemple, Lemaignan, Marcheguy, Bersac et Thiebaut qui mettaient en avant un impact négatif sur la QdV au sens large de l'allongement du temps de travail ^{39,93,150,58}.

L'importance de la charge de travail en volume horaire est un facteur connu d'une perception plus conséquente de conflit travail-hors travail. Dès 1999, Geurts démontre qu'une charge de travail quantitative jugée excessive et un horaire de travail jugé défavorable est source de majoration de la perception du Work-Home Interaction, sur une population d'internes néerlandais ⁶⁵. Dans une étude plus récente de 2018, sur des professionnels de soins, Deme et Lourel retrouvent ce même constat ⁶⁶. Serres, tout comme Thiebaut mettent en avant que les médecins qui perçoivent le plus fréquemment un empiétement de leur travail sur leur vie privée sont ceux qui estiment que leur charge de travail est trop importante et leur temps de repos est insuffisant ^{148,58}. C'était également retrouvé dans l'étude australienne précédemment mobilisée ¹⁵⁸. L'impact de l'importance du temps de travail des médecins sur la vie de couple ressenti par les conjoints de médecins était parfois décrit comme un manque de temps à deux, parfois source de disputes ⁷². Ce long temps de travail induit également un impact pour certains sur le manque de temps disponible pour les enfants avec parfois des reproches exprimés ^{71,72}.

Cependant, Chaput rapporte que 60 % des médecins estiment que leur temps de travail s'adapte bien à leur vie privée.

À noter que cette enquête récente, parue en mai 2019, met déjà en évidence une diminution marquée des temps de travail hebdomadaire, avec deux tiers de ces médecins qui travaillent moins de 50 heures par semaine ¹⁶⁹. Sliman évoque d'ailleurs l'impact des médecins arrivant sur le marché qui sont plus attentifs à équilibrer leur vie professionnelle et personnelle en diminuant leur temps de travail ⁸⁰.

C'est d'ailleurs retrouvé dans les travaux de Kempa qui met en avant dans sa thèse soutenue en 2017 sur le vécu du métier de généraliste une limitation plus marquée et exprimée des jeunes médecins vis-à-vis de l'importance de leur charge horaire dans un but de conciliation de leur temps professionnel et personnel ⁵⁴. Lejars-Bouillot met par ailleurs en avant qu'il s'agit d'un des leviers trouvés par les médecins pour instaurer et maintenir leur équilibre de vie ⁷⁰. Ce constat se rapprochant de celui de Véga dans le sens où un des facteurs de satisfaction et de maintien dans le travail passe par une organisation raisonnée du temps de travail que ce soit au niveau quantitatif et qualitatif ⁷³.

Cependant dans notre étude, on met en évidence qu'une contraction trop importante du temps de travail hebdomadaire par diminution du nombre de demi-journées travaillées par semaine induit une majoration du risque de dépersonnalisation. De ce fait, les pratiques des plus jeunes MG de notre étude qui travaillent de cette façon peuvent induire secondairement un risque non négligeable de DP. C'est le revers de la médaille de ces changements de fonctionnement professionnel, d'origine générationnelle.

Ce constat avait également été souligné par Cavan, Lapeyre et Robelet comme un risque possible ^{92,40}.

Dans notre étude, le nombre de consultations réalisées quotidiennement avait un impact sur l'apparition d'un SEPS ($p=0.036$) et sur l'EE ($p=0.03$). Maslach et al ¹⁰¹ mettent en avant que la charge de travail expérimentée et la pression du temps sont fortement et systématiquement liées à l'épuisement professionnel, en particulier la dimension d'épuisement émotionnel. Cette corrélation étant vérifiée autant sur l'analyse d'auto-déclarations subjectives que sur l'évaluation plus objective de mesures (nombre d'heures de travail ou nombre de consultations). Dans des travaux de thèses de médecine générale, différents auteurs retrouvent des corrélations entre nombre de consultations réalisées par jour

ou semaine et l'apparition de SEPS et ses différentes composantes^{95,120} ou seulement dans une de ses composantes : l'EE^{118,119}, la DP¹¹⁸.

Nous pouvions *a priori* nous étonner de l'absence de lien retrouvé dans notre étude entre augmentation du temps de travail hebdomadaire et émergence de SEPS, comme c'est le cas dans de nombreuses études.

Dans sa revue de la littérature sur le burn-out dans le Monde, Guedon¹⁰⁴ met en avant que la majorité des études mobilisées retrouve une majoration du risque d'épuisement professionnel à mesure que la durée de travail s'allonge. L'enquête ERGPN en Europe apporte le même constat¹¹⁷.

Au niveau national, Galam met en avant que les médecins qui se sentent le plus menacé par le burn-out sont ceux qui ressentent une charge de travail objectivement la plus importante (moins de 10% en deçà de 40 heures vs 34% au-delà de 65 heures). Toutefois la longueur des journées n'est citée qu'en 5^e position¹¹³. Dans une enquête parue en 2015, l'EE, la DP et la présence d'un SEPS complet y était très corrélés à la charge de travail en nombre d'heures¹¹⁴. De nombreux travaux de thèses apportent des conclusions similaires, avec des seuils variables entre 60 et 65 heures travaillées hebdomadaires^{118,123,119}. Philipon retrouve que l'EE est relié à une charge de travail importante, Cathébras y retrouve de plus un impact sur la DP^{119,118}. Toutefois, Humbert apporte une nuance et met en avant que la charge qualitative du travail à plus de poids que sa charge quantitative¹²⁴. Le sentiment d'avoir trop de travail et du coup de ne pas faire les choses convenablement, ou de passer rapidement à des maladies, pathologies ou situations différentes est associé à un risque d'EE élevé et d'AP bas, ne mettant donc plus en avant que la valeur absolue du temps de travail. Ce dernier se rapproche de travaux récents de Truchot qui met en avant que la valeur absolue du nombre d'heures de travail n'est pas le facteur primordial, mais que le stressor principal serait le travail « empêché, mal fait »¹³¹. Galam met aussi en avant que la charge qualitative en termes de nombre de situations différentes rencontrées dans la journée présente un poids plus conséquent que la charge de travail quantitative (en termes de nombre d'heures de travail absolu)^{102,170}.

Par ailleurs, il était également mis en avant une tendance statistiquement significative protectrice sur l'épuisement émotionnel vis-à-vis de l'augmentation du nombre de visites réalisées par jour ($p=0.083$). Pourtant, au vu de nos propres résultats, nous avons noté que le nombre de visites réalisées quotidiennement s'amplifiait à mesure que l'âge des médecins avançait.

C'est un fait établi, les tendances à réaliser des visites au domicile augmentent avec l'âge du médecin et le fait d'être un homme¹⁷¹, certainement aussi car l'âge moyen de la patientèle d'un médecin augmente à mesure que le médecin vieillit¹⁷². Mais nous avons remarqué que l'épuisement émotionnel se majorait en fonction de l'avancée en âge des médecins. De plus, Galam met en avant que les médecins se sentant les plus concernés par un syndrome d'épuisement professionnel sont ceux qui pratiquent la visite au domicile¹¹³. Un début d'explication pourrait venir des travaux de Laurendeau, qui retrouvait que même si l'augmentation du temps passé en visite entraînait une réduction des activités des médecins les réalisant, cette augmentation était toutefois également accompagnée d'une majoration de la satisfaction sur leur gestion du temps⁸⁹. Une étude met en avant de plus, le côté enrichissant de cette pratique sous couvert d'une bonne rémunération de cet acte¹⁷¹.

e) Vacances

Dans notre étude, prendre de longues périodes de congés était statistiquement relié à une plus grande apparition de SEP ($p\leq 0.01$). Nous pouvions nous étonner de retrouver que les médecins prenant plus de congés dans notre étude étaient statistiquement plus atteints d'un syndrome d'épuisement professionnel. Ce constat peut en fait s'expliquer par des stratégies de coping (stratégies d'ajustement mises en place pour diminuer la tension provoquée par la situation ou pour la rendre tolérable) centrées sur l'émotion, de type passif ou évitant, telles que la mise à distance ou la fuite-évitement¹⁷³.

B) Forces et faiblesses de notre travail

1) La preuve d'une implication des médecins concernés par un taux de réponses satisfaisant

Nombreux ont été les médecins à manifester leur intérêt lors de notre premier contact téléphonique afin de leur faire part de notre sujet de thèse.

Le taux de participation le confirme avec quasiment trois quarts de questionnaires réceptionnés (150 sur 204 envois) dont 137 analysables. A ce propos dans la thèse d'exercice de Samira El Ouali, 63 % des médecins sollicités ont retourné leur questionnaire, soit une progression de 10 % par rapport à notre étude, malgré une période de recueil plus courte. Peut-on en déduire qu'en 12 ans les médecins du Cher sont plus sensibles et plus préoccupés par rapport à ces questionnements ?

En outre, il est d'ailleurs également intéressant de remarquer l'implication des plus jeunes et des femmes pour notre sujet, ce qui va dans le sens des données sociologiques du fait d'une plus forte volonté de maîtriser leur équilibre de vie.

De nombreuses annotations manuscrites sur les questionnaires réceptionnés relevaient l'importance pour le médecin interrogé de ces questionnements.

Cette implication peut donc être interprétée comme un choix pertinent de sujet de thèse qui s'inscrit dans le contexte socio-culturel actuel propre à la médecine générale.

2) Des choix d'outils de mesure valides qui interagissent entre eux de façon statistiquement significative

Par exemple concernant la satisfaction professionnelle, cette échelle est positivement corrélée avec les échelles de QdV et le score d'accomplissement professionnel mais négativement avec celle de conflit travail-hors travail et celles d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation.

Toutes les analyses des différents outils ainsi que les valeurs de coefficient et les p-values qui sont toutes au minimum ≤ 0.01 sont présentées en annexe (Annexe n°8).

3) Une limitation de la portée des réponses possibles du fait de différentes imprécisions ainsi qu'une distorsion possible des résultats

a) Par le choix de la procédure mise en action

Nous avons décidé de réaliser un envoi postal pour le recueil de données. Une autre possibilité aurait été de réaliser un questionnaire en ligne. De ce fait, la possibilité d'erreur de transcription des données au moment du dépouillement, même en présence de vérifications, ne peut être exclue.

Par ailleurs, si les résultats statistiques que nous avons mis en avant sont globalement cohérents au vu de la littérature mobilisée, les analyses n'ont pas été réalisées par un statisticien professionnel. Nous avons donc réalisé nous-même toutes nos analyses, via un logiciel de statistiques en ligne. Ne disposant pas du même niveau d'expertise qu'un statisticien, notamment pour les analyses multivariées, nos résultats ont pu souffrir de ce manque d'expérience dans le choix des variables explicatives à prendre en compte.

b) Par le choix de la population

En s'adressant également aux médecins généralistes remplaçants exerçant en activité régulière, nous avons augmenté la puissance de notre étude visant à comparer deux classes d'âge avec des effectifs très inégaux, mais inséré un facteur de confusion non négligeable. Certes, cette méthode nous a permis d'obtenir des informations intéressantes notamment sur les différences de perception ressenties qui existent sur la satisfaction professionnelle et l'accomplissement professionnel et la perception de conflit travail-hors travail entre les installés et leurs remplaçants. Mais les remplaçants étant majoritairement des médecins âgés de 40 ans et moins ($n=13/34$), leur inclusion a artificiellement induit une amélioration de ces deux paramètres dans cette classe d'âge, que nous avons tenté de limiter en réalisant également des analyses multivariées, pour atténuer l'impact de ce facteur de confusion.

c) Par certaines imprécisions du questionnaire ou aspects non abordés

A ce titre, évoquons l'importance des annotations à la question 9 qui était intitulé « *Faites vous appel à un remplaçant lors de vos absences ?* » et les remarques recueillies lors du premier contact téléphonique, qui nous font penser qu'à posteriori il aurait été intéressant de poser deux questions distinctes : Si vous en aviez la possibilité, vous feriez-vous remplacer lors de vos absences ? Puis secondairement y coupler une deuxième question riche de sens au vu de la démographie actuelle : Y arrivez-vous ? Avec une échelle de fréquence (oui à chaque fois que nécessaire, oui mais avec des difficultés, non impossibilité de trouver un remplaçant).

De plus, il aurait été intéressant d'expliciter dans le questionnaire les lieux d'exercice selon les définitions de l'INSEE. Le département du Cher est très rural comme nous l'avons mis en évidence dans nos pré-requis.

De ce fait les médecins ont pu répondre de différentes manières selon leur origine géographique, leur propre parcours de vie.... Mais pas sur des critères objectifs et mesurables aisément comparables entre eux.

Le temps de travail aurait mérité une distinction entre temps de soins et temps administratifs.

Pour explorer la présence d'un recours à un secrétariat, il aurait été intéressant de distinguer secrétariat physique et téléphonique afin de pondérer son impact dans la QdVS.

Enfin, préciser le statut socio-professionnel des conjoints aurait permis de mettre en lumière s'il existe des différences de gestion de couples bi-actifs au sein de nos deux générations de médecins explorées, et demander le nombre et l'âge des enfants, aurait permis de pondérer la charge qu'ils représentent dans le conflit travail-hors travail.

Notre sujet de thèse visait un large panel de domaines et de concepts à étudier avec des déterminants qui se recoupent pour certains. Pour favoriser le taux de réponses en limitant le temps nécessaire à la réponse du médecin sollicité, nous avons dû faire des choix sur les déterminants de chaque domaine à explorer.

4) Les biais de l'étude

a) Biais de sélection

Nous pouvons déjà évoquer un biais de recrutement, n'ayant pu obtenir de l'Ordre des médecins du Cher ou d'Indre-et-Loire (pour les remplaçants non thésés titulaires d'une licence de remplacement), une liste exhaustive des remplaçants du Cher, du fait d'impératifs imposés par la CNIL, nous avons sollicité les médecins en activité, puis les remplaçants identifiés via la technique de la boule de neige. Il ne nous a également pas été permis d'accéder au fichier RPPS. D'autres méthodes sollicitées (annonces sur réseaux sociaux) n'ont pas porté leurs fruits. Il est probable que tous les remplaçants n'aient pas été identifiés. Decorde rapporte avoir connu la même problématique ²⁰.

On peut également supposer qu'il existe un biais de sélection. Les médecins les plus concernés par le ressenti d'un déséquilibre ont pu être plus enclins à répondre, encore que les plus épuisés aient pu à l'inverse refuser ce travail supplémentaire.

b) Les biais d'information ou de mesure altérant la qualité des données recueillies

Un des axes de notre travail tend à confronter deux générations de médecins, le biais de mémorisation est donc un biais important à prendre en considération. Notamment chez les médecins les plus âgés, un médecin remarque d'ailleurs sur le verso du questionnaire « *30 ans de carrière ne sont pas faciles à résumer en un chiffre* ».

La limitation des données recueillies possibles par le choix d'un projet d'ordre quantitatif est indéniable, le recueil des données par questionnaire limitant la production de réponses par les médecins interrogés, mais nous a amendé d'une partie de biais de subjectivité.

C) Perspectives

Cette thèse est forcément axée sur le médecin en tant que personne, un être qui soigne mais qui doit concilier son travail et sa vie. Nous évoquons très peu les patients et la relation médecin-malade jusqu'à présent.

Toutefois, la recherche du meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle est licite car comme nous l'avons mis en évidence dans notre étude, il existe des différences statistiquement significatives entre un médecin indemne et atteint de SEPS. Chez le médecin indemne de SEPS la satisfaction professionnelle, les QdV ressenties y sont meilleures et la perception de conflit travail-hors travail y est moindre.

Le SEPS induit des conséquences sur la qualité des soins dispensée par le médecin atteint. Ne plus voir ses patients comme des personnes, avoir des attitudes négatives envers eux, sont les conséquences directes du SEPS. La qualité de la relation et des soins de ces médecins impactés ne peut que se dégrader également. La constatation d'erreurs de jugement dans ce contexte n'est pas exceptionnelle, erreurs qui ne sont pas dues à un manque de connaissance ou de pratiques mais liées à une difficulté d'engagement de la part du médecin. Truchot le met en avant dans une étude intéressante portant sur le cas d'une patiente devenue invalide, où les actions proposées par le médecin sont évaluées, selon qu'elle soit ou non compliant. L'épuisement émotionnel des médecins testés influait sur leur engagement relationnel quand la patiente n'était pas compliant. C'est-à-dire que devant une situation plus difficile à gérer d'un point de vue relationnel, un médecin épuisé ne sera pas en capacité d'apporter des solutions adaptées aux patients. Il adaptera alors des stratégies d'évitement ou de retrait psychologique vis-à-vis de ses patients.¹³⁷ Galam insiste « Un médecin souffrant ne peut être un bon soignant »¹⁷⁴.

De ce fait au vu de nos résultats, tenter d'équilibrer au mieux vie professionnelle et personnelle est également, au-delà du bénéfice apporté au bien-être ressenti par le médecin, un gage d'une bonne pratique de la Médecine Générale. Nous pourrions même aller jusqu'à évoquer qu'il s'agit à part entière d'une action de santé publique. Se préserver induit donc de façon indirecte une mesure de protection pour nos patients.

Nos constats ne sont pas révolutionnaires, Derveaux ou encore Lejars-Bouillot ont mené des enquêtes qualitatives pour tenter d'appréhender les stratégies pour être un médecin heureux ou les facteurs qui déterminent l'équilibre de vie du médecin. Ces médecins interrogés identifient l'importance d'adapter leur activité en organisant leur travail dans la durée et la qualité. Ils laissent de la place pour leur vie familiale et pour eux. Ils sont en capacité de prendre conscience des signaux d'épuisement et d'ajuster en conséquence leur pratique^{175,70}.

La capacité qu'un médecin peut avoir à ajuster la situation quand cela est nécessaire n'est toutefois pas chose aisée. Un médecin souffrant est un médecin difficile à soigner, car il est réticent à se prendre en charge^{108,176}. Il est par ailleurs, le plus souvent le maître de sa propre santé, puisqu'ils étaient 84 % à déclarer être leur propre médecin référent en 2010. Dans cette même étude est mise en avant la part importante de traitements auto-prescrits, notamment de psychotropes et plus précisément une prise accrue d'anxiolytiques dans la classe d'âge des 45 à 54 ans¹³⁸. Se pose la question de l'objectivité possible de ces médecins, face à de telles pratiques¹⁷⁶. Il est donc difficile pour le médecin dans ces conditions, de se rendre compte du glissement qui s'est opéré en lui, d'admettre qu'il n'est pas « indestructible ». Il aura le plus souvent recours au déni, aux addictions, à l'auto-médication et en désespoir de cause aux consultations « à la sauvette » entre deux portes...^{108,176}. Cette difficulté étant sous-tendue par une peur de non respect du secret médical, un sentiment de honte, voire d'humiliation face au regard des confrères soignants, mais aussi les difficultés économiques qui découleraient d'un arrêt de son activité et l'impact que celui-ci aurait sur ses patients et confrères exerçant dans le même territoire. Rouya met en avant que les médecins ont conscience à des degrés divers du risque d'épuisement professionnel, de divers moyens de prévention possibles et des dispositifs d'aide existants (AAPML, MOTS..) mais que cette connaissance se heurte au comportement d'évitement des médecins. Cela sous-tend donc une démarche volontaire de la part du médecin pour accéder à de l'aide, ce qu'il ne sera pas forcément en capacité de faire¹⁷⁷.

C'est pourquoi, l'institution d'un service de médecine du travail pour les médecins généralistes sensibilisée aux pathologies propres de cette population particulière pourrait être une des solutions à apporter afin de réaliser un screening efficace de tous les médecins généralistes, dans une optique de santé publique.

Au niveau local, certaines perspectives peuvent s'inscrire dans le prolongement de notre thèse :

Il serait en premier lieu intéressant de réaliser une nouvelle étude, dans quelques années, pour voir si la dynamique perçue entre notre étude et celle d'El Ouali perdure, surtout au vu de la crise démographique à venir ¹⁵.

En deuxième lieu, l'exploration de ce type de sujet souffre d'une limitation des données collectables inhérente à la pratique d'explorations par méthode quantitative.

Il pourrait s'agir de définir au préalable leur « orientation de carrière » au sens défini par Cherniss : l'activiste social, le carriériste, l'artisan ou l'auto-centré ¹⁷⁸. Puis de réaliser des entretiens semi-directifs avec des médecins de chaque typologie, appariés sur le sexe, l'âge et le type d'activité afin de voir si potentiellement ces « orientations de carrière » ont elles-mêmes un impact sur le ressenti exprimé de leur satisfaction professionnelle, de leur QdV et de leur perception de conflit travail-hors travail.

Il pourrait aussi s'agir de déterminer comment ils appréhendent les déterminants de leur satisfaction, de leur QdV et de leur perception de conflit travail-hors travail. De nombreux éléments non touchés par notre questionnaire, par définition limité et restreint, pourraient être mis en lumière voire contester certains de nos résultats.

Troisièmement, nous avons mis en évidence la difficulté pour les médecins installés de trouver des remplaçants. Certes leur nombre est limité, mais nous avons également remarqué que la liste émise par le CDOM n'est pas à jour. Il existe à l'heure actuelle des plateformes payantes type Rempla-Centre. Serait-il possible de réaliser des plateformes au niveau national sous l'égide du CNOM ?

Il existe néanmoins des actions locales mises en place par de jeunes médecins dynamiques qui ont créé l'Association des Jeunes Médecins du Cher et mettent en place des événements qui permettent de lutter contre l'isolement et d'étoffer son réseau de connaissance comme les soirées Welcome, le Confraterni'Day qui permettent aux médecins de se rencontrer, mais qui encore une fois ne peuvent toucher l'ensemble des médecins car elle sous-tend encore une fois une démarche volontaire de la part du médecin.

Enfin pour finir avec ces perspectives, il faut être conscient que les solutions ne viendront pas que des médecins. Les défis à venir pour répondre à ces questions sont également dans les mains des politiques, qui doivent prendre conscience du mal-être de nos généralistes.

Ce mal-être pouvant être accentué par la charge toujours plus forte ressentie vis-à-vis de l'accumulation de mesures administratives qui s'ajoutent à la liste de nos prérogatives existantes et qui peuvent nous faire perdre de plus en plus de vue le cœur de notre métier, SOIGNER.

CONCLUSION

Dans le Cher, l'évaluation de la satisfaction professionnelle et des ressentis de qualité de vie sont comparables à ceux récoltés jusqu'à présent en France. L'analyse de la perception de conflit travail-hors travail en est plus délicate. La prévalence du syndrome d'épuisement professionnel se situe dans les fourchettes moyennes de celles rapportées jusqu'à présent au niveau national, mais plus basse par rapport à celle recueillie dans le Cher il y a 12 ans.

L'analyse selon les classes d'âge met en avant globalement chez les plus jeunes des indices de satisfaction professionnelle, de qualité de vie personnelle ou sociale, de perception de conflit travail-hors travail globalement meilleurs, quelque soit leur type d'activité. Ces constatations sont aussi remarquées sur l'apparition de Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants et selon ses trois composantes. La seule différence statistiquement significative est relevée sur la perception de la qualité de vie personnelle ($p=0.047$) et sur les pratiques de fonctionnement professionnel que constituent l'exercice regroupé ($p\leq 0.001$), le recours au secrétariat ($p\leq 0.01$) et aux remplaçants ($p=0.045$).

L'analyse selon les classes d'âge déterminées dans notre étude, nous montre qu'il semble exister deux dynamiques distinctes, l'une générationnelle, et l'autre qui n'est pas liée à la génération mais qui a trait aux périodes structurantes de la vie tant sur le plan professionnel que personnel.

Le fait d'appartenir à une génération donnée va induire des modifications dans le choix d'organisation de sa pratique professionnelle. C'est le moment de vie dans lequel se trouve le médecin qui semble avoir un impact sur la satisfaction professionnelle, les ressentis de qualité de vie et la perception de conflit travail-hors travail.

Toutefois, au vu des discordances mises en avant vis-à-vis de la littérature mobilisée sur la prévalence de médecins présentant un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants selon leur âge, on peut se demander si un virage commence à se dessiner en relation avec certains changements de fonctionnement professionnel.

Nous mettons également en évidence que les remplaçants perçoivent une meilleure satisfaction professionnelle et moins de conflit travail-hors travail, ainsi qu'un accomplissement professionnel meilleur par rapport aux médecins qu'ils remplacent. Cela pourrait expliquer pourquoi ce mode d'exercice se développe et pourquoi la durée de cette phase professionnelle s'accroît depuis les dernières années et qu'une minorité de ces remplaçants ne souhaitent pas s'installer à terme.

Afin d'atteindre un équilibre professionnel et personnel le plus optimal possible et éviter l'écueil que représente le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants, le facteur modifiable principal identifié dans notre étude est la maîtrise de la charge de travail, tant sur le plan quantitatif en termes de durée de travail hebdomadaire, que qualitatif, en termes de nombre d'actes et donc de multiplication de situations problématiques différentes au sein d'une même journée.

Ces conclusions ne sont pas révolutionnaires et s'inscrivent en harmonie de nombreuses conclusions ou recommandations précédentes, que ce soit chez des auteurs influents sur le sujet ou de précédents travaux de thèse.

Toutefois, il faut prendre garde à ne pas trop concentrer notre activité au risque de voir se développer un sur-risque de dépersonnalisation.

Au vu d'une partie de nos résultats, l'équilibre entre vie professionnelle et privée est un des déterminants de l'émergence d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants et son dérèglement risque d'induire l'entrée dans ce syndrome.

La volonté de maîtrise de la charge de travail, retrouvée notamment chez les médecins de la génération Y dans les travaux sociologiques récents, est donc licite.

Reste à savoir s'il sera possible de la réaliser au vu de l'accentuation de la crise démographique à venir dans le département du Cher.

BIBLIOGRAPHIE

1. BULLY D. Les enfants d'Hippocrate : modèles professionnels et renouvellement générationnel en médecine générale, 368p. Thèse de doctorat : Sociologie : Besançon : 2016.
2. SALVATORE O. Histoire et évolution de la médecine générale en France : à partir du XIXe siècle, 109p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Paris 13 : 2015.
3. HERZLICH C. Médecine, malade et société. Éd. EHESS ; 1970. 318 p. (Les textes sociologiques).
4. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
5. BLOY G. La constitution paradoxale d'un groupe professionnel. In: Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale sous la direction de Géraldine Bloy et François Xavier Schweyer. Éd EHESP ; 2010. p23-40.
6. DÉPLAUDE M-O. L' emprise des quotas Les médecins, l'État et la régulation démographique du corps médical (années 1960-années 2000), 731p. Thèse de doctorat : Science Politique : Université Panthéon-Sorbonne (Paris) : 2007.
7. DANG HA DOAN B. Le Numerus Clausus des études médicales en France (1967-2009). Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales. Sept 2009;49(3):p341-370.
8. CNOM. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr>
9. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France Profils comparés : 2007/2017 Les territoires au cœur de la réflexion. Situations au 1er janvier 2017. Oct 2017 323p.
10. CNOM. Atlas de démographie médicale en France Situation au 1er Janvier 2018. Oct 2018 165p.
11. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2016 Situation au premier janvier 2016. Oct 2016 326p.
12. INSEE. Centre France : des difficultés et des atouts propres aux territoires essentiellement ruraux. 2018 déc p. 52 : Rapport N°5.
13. INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
14. SCHWEYER FX. Démographie de la médecine générale. In: Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale sous la direction de Géraldine Bloy et François Xavier Schweyer. Éd. EHESP; 2010. p41-53.
15. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. DREES (Etudes et Résultats), Rapport n°: 12. ; févr 2009 48p.
16. KANDEL O, POISSON-RUBI S, GAVID B. Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers Résultats d'une enquête auprès de 183 médecins Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers Résultats d'une enquête auprès de 183 médecins. Revue du Praticien Médecine Générale. Janv 2007;21:2-3.

17. POLISSET N. Parcours et devenir professionnel des internes en médecine de Tours Etude observationnelle descriptive de 2006 à 2016 au sein de la région Centre, 186p Thèse d'exercice : Médecine Générale : Tours : 2017.
18. COPPOLANI E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne, 78p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Toulouse 3 : 2014.
19. ANGUIS M, CHAPUT H, VERGIER N. 10000 médecins de plus depuis 2012. DREES (Etudes et résultats) Rapport n°1061; mai 2018 4p.
20. DECORDE A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin, 91p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Grenoble : 2011.
21. CNOM. Atlas de la démographie médicale Situation au 1er janvier 2015. Oct 2015 322p.
22. ReAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants). REMPLACT « REMplaçants en France : quelle ACTivité en 2008 ? ». févr 2010; 10p.
23. Accessibilité potentielle localisée: un critère moins flou que « les déserts médicaux ». Prescrire. Aout 2018;38(418):p622-3.
24. GIRAUD C. J. Une offre de soins insuffisante mais une bonne prise en charge des personnes âgées In Dossier Centre France des difficultés et des atouts propres aux territoires ruraux INSEE Dossier n°5. Déc 2018 p45-47.
25. L'Observatoire des Territoires. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes - [Internet]. Disponible sur: <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/accessibilite-potentielle-localisee-apl-aux-medecins-generalistes>
26. VERGIER N, CHAPUT H, LEFEBVRE-HOANG I. Déserts médicaux: Comment les définir ? Comment les mesurer ? Les dossiers de la DREES n°17. Mai 2017 63p.
27. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
28. ATTIAS-DONFUT C. L'empreinte du temps : sociologie des générations, 496p. Thèse de doctorat : Sociologie : Paris 5 : 1987, p 166-167 ; p 170-171 ; p194 ; p207-208.
29. INGLEHART R. La transition culturelle dans les sociétés industrielles avancées. 576p Éd. Economica; 1993. 200-201 p.
30. INSEE. Enquête Histoire de vie - février / avril 2003. Juill 2004 352p.
31. GARNER H. La place du travail dans les identités. Economie et Statistique. 2006;393(1):p21-40.
32. Population active, femmes (% de la population active) - France [Internet]. Disponible sur: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SL.TLF.TOTL.FE.ZS?locations=FR>
33. INSEE. Population active – Tableaux de l'économie française [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303384>
34. VIARD J. Eloge de la mobilité : Essai sur le capital temps libre et la valeur travail. Éd. De l'Aube; 139 p.
35. BREUIL-GENIER P, SICART D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES; Sept 2005, 12p.

36. BARLET M, MARBOT C. Portrait des professionnels de santé. DREES (Panoramas de la DRESS); Févr 2016 160p.
37. ROBELET M, LAPEYRE N. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Janv 2006 20p.
38. BLOY G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). DRESS (Séries Etudes et Recherches); Févr 2011 141p.
39. LEMAIGNAN E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ?, 99p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lyon 1 : 2017.
40. LAPEYRE N, ROBELET M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologie Pratique. 2007;1(14):19-30.
41. LAPEYRE N, ROBELET M. Féminisation des groupes professionnels: en médecine générale comme ailleurs? In: Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale sous la direction de Géraldine Bloy et François Xavier Schweyer. Éd. EHESP; 2010, p. 365-78.
42. KAHN-BENSAUDE I. La féminisation: Une chance à saisir Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins de décembre 2005. Déc 2005 ; 38p.
43. ROTH-HEITZ N. L'art de pratiquer la médecine générale évolue-t-il avec la féminisation de la profession? Revue de la littérature française et étrangère. Enquête bas-rhinoise. 129p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Strasbourg 1 : 2003.
44. DENOYEL-JAUMARD A, BOCHATON A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation : Effet générationnel ou conséquence de la féminisation de la profession ? Revue francophone sur la Santé et les Territoires. Déc 2015; 14p.
45. HOULBERT C. Conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes installées en Midi-Pyrénées, 136p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Toulouse 3 : 2013.
46. VEAUVY C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale, 83p. Thèse d'exercice: Médecine : Tours : 2014.
47. YVON B, LEHR-DRYLEWICZ A-M, BERTRAND P. Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire. Médecine. Févr 2007;3(2):6p.
48. GICQUEL P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique, 42p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Nantes : 2010.
49. SCHWEYER FX. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In: Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale sous la direction de Géraldine Bloy et François Xavier Schweyer. Éd. EHESP; 2010. p. 379-402.
50. LAPEYRE N, LE FEUVRE N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue Française des Affaires Sociales. Janv 2005;1:23p.
51. MARTIN A, THROMBERT-PAVIOT B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. Médecine. Févr 2008;4(2):p 89-93.
52. COLICHE T, NOEL G. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale ? : étude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais, 90p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lille 2 : 2013.

53. GOULET C. Étude comparative des conditions de vie et d'exercice des médecins généralistes libéraux installés en Limousin, selon leur sexe, 114p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Limoges : 2015.
54. KEMPA A. Vécu du métier de médecin généraliste en 2017: enquête qualitative auprès des généralistes des Alpes-Maritimes, 63p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Nice : 2017.
55. BOUTHORS F. Impact de la féminisation sur les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: enquête comparative auprès des médecins thésés, à la faculté de médecine de Lille, en 2000 et 2010, 93 p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lille 2 : 2015.
56. BRUCHON-SCHWEITZER, BOUJUT É. Bonheur, Satisfaction de la vie, Bien-être, Santé et Qualité de vie. In: Psychologie de la santé Concepts méthodes et modèles. 2e éd. Dunod (Psycho Sup); 2016. p. 542.
57. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization quality of life assesment instrument (WHOQOL). Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*. 1994;(23):24-56.
58. THIEBAUT M. Médecine générale et rythme de travail impact de la charge de travail sur la qualite de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural, 181p. Thèse d'exercice: Médecine Générale : Nancy 1 : 2003.
59. BLAIS MR, VALLERAND RJ, PELETIER LG, et al. L'échelle de satisfaction de vie: validation canadienne-française du « Satisfaction With Life scale » de Diener. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. 1989;21(2):210-23.
60. RANDON S, POURIN C, SIBE M, et al. Actualisation 2011 de la revue de littérature sur la satisfaction au travail conduite par le CCECQA en 2000. *CCECQA*; Mai 2010, 86p.
61. FOUQUEREAU E, RIOUX L. Élaboration de l'Échelle de satisfaction de vie professionnelle (ÉSVP) en langue française : Une démarche exploratoire *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*. Juill 2002;34(3):210-5.
62. THEVENET M. Vie professionnelle, vie privée et développement personnel. *Revue Française de Gestion*. 2001;(134):106-19.
63. KILIC S. Perception de l'équilibre travail – hors-travail et satisfaction au travail. *Management & Avenir*. Juill 2014;(69):89-105.
64. McMILLAN HS, MORRIS ML, ATCHLEY EK. Constructs of the Work/ Life Interface : A Synthesis of the Literature and Introduction of the Concept of Work/Life Harmony : *Human Resource Development Revue*. Mars 2011;10(1):6-25.
65. GEURTS S. Antecedents and consequences of work–home interference among medical residents. *Social Science & Medicine*. Mai 1999;48(9):1135-48.
66. DEME S, LOUREL M. Soutiens, sentiment d'efficacité personnelle et interface travail-famille : une étude chez les professionnels de soins. *Psychologie du Travail et des Organisations*. Juin 2018;24(2):179-202.
67. CARLSON D. Work-family balance : Is balance more than conflict and enrichment? *Human Relations*. Oct 2009;62:1459-86.
68. LOUREL M, GANA K, WAWRZYNIAK S. L'interface « vie privée-vie au travail » : Adaptation et validation française de l'échelle SWING (survey work-home interaction-Nijmegen). *Psychologie du Travail et des Organisations*. 2005;11(4):227-39.

69. ANTOINE B. Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français – Revue systématique de la littérature, 85p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Université Toulouse 3 : 2018.
70. LEJARS-BOUILLOT C. Facteurs déterminants l'équilibre de vie des médecins généralistes, 105p Thèse d'exercice : Médecine Générale : Montpellier 1 : 2014.
71. CHANEY S. Etre mère constitue-t-il un frein à l'installation en médecine générale libérale? : Enquête réalisée en 2010 auprès de 116 médecins généralistes de Haute-Normandie, 89p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rouen : 2011.
72. MICHEL C. Le retentissement de la profession de médecin généraliste sur la vie de son conjoint. Etude qualitative auprès de conjoints de médecins généralistes, 85p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Amiens : 2017.
73. VEGA A, CABE MH, BLANDIN O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. DREES (Solidarités Santé) Rapport n°6 ; 2008 15p.
74. SLIMAN G, PERIGOIS E, AUDIC Y. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Sondage BVA réalisé pour l'Académie de Médecine et le Sénat; Mars 2008 81p.
75. LE FLOCH B, BASTIAENS H., LE RESTE J.Y. et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. BMC Family Practice. Sept 2016;17(133):8p.
76. LE FLOCH B, BASTIAENS H., LE RESTE J.Y. et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. BMC Family Practice. Aout 2019;20(96):11p.
77. FABIER R. Eléments qui améliorent la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux: enquête d'opinion auprès d'un échantillon de médecins landais, 134p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Bordeaux II : 2012.
78. ESTRYN-BEHAR M. Risques professionnels et santé des médecins. Éd. Masson (Abrégés); 2002. 177 p.
79. CANNASSE S. Qu'est-ce qui encourage ou freine l'installation des jeunes médecins en libéral? [Internet] Univadis. 25 avril 2019.
80. SLIMAN G, AUDIC Y, PERIGOIS E. et al Attentes, Projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. Sondage BVA réalisé pour le CNOM; Mars 2007 37p.
81. DORY V, POURCHAIN D, BEAULIEU M.D. et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer. 2009;20(85):4-7.
82. QUERBES V. Apport, intérêts et bénéfices d'une formation aux techniques relationnelles et de communication: enquête par questionnaire auto-administré auprès des médecins généralistes du Morbihan, 72p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rennes 1 : 2015.
83. DROGOU M. Identification des facteurs pertinents de satisfaction en médecine générale : recherche de consensus par la méthode RAND UCLA, 75 p Thèse d'exercice : Médecine Générale : Bordeaux : 2017.
84. GRAU J. Les déterminants du bien être au travail des médecins généralistes des Pyrénées Orientales, d'après l'expérience vécue, 52p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Montpellier 1 : 2014.
85. MILLIASSEAU E. Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes: à propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins

- généralistes installés depuis moins de 5 ans en région Rhône-Alpes, 110p. Thèse d'exercice: Médecine Générale : Lyon 1 : 2010.
86. MICHEAU J, MOLIERE E, SENS P. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. DREES (Dossiers Solidarités et Santé) Rapport n°15 ; 2010 15p.
 87. MORALI J. La santé des médecins: un enjeu majeur de santé publique : du diagnostic aux propositions Rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Févr 2018 140p.
 88. AULAGNIER M, OBADIA Y, PARAPONARIS A, et al. L'exercice de la médecine générale libérale - Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DRESS (Études et résultats) Rapport n°610 ; Nov 2007 nov 8p.
 89. LAURENDEAU E. Fatigue des médecins libéraux de la région Centre-Val de Loire, 75p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Tours : 2017.
 90. LAI-KING N. Qualité de vie en médecine générale: enquête comparative entre cabinet seul et cabinet de groupe : enquête réalisée auprès de médecins généralistes installés en Gironde, 83p Thèse d'exercice : Médecine Générale : Bordeaux II : 2010.
 91. BEAUTE J, BOURGUEIL Y, MOUSQUES J. « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons » Baromètre des pratiques en médecine libérale Résultats de l'enquête 2006. IRDES; Août 2007, 29p.
 92. CAVAN S. Ressenti et vécu des conditions de vie professionnelle et personnelle de neuf médecins généralistes franc-comtois exerçant en cabinet individuel; à partir d'une enquête qualitative par la méthodes des entretiens semi-dirigés, 271p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Besançon : 2016.
 93. MARCHEGUAY B. Quel ressenti de leur qualité de vie ont les médecins généralistes libéraux selon leur mode d'exercice (en groupe/ seul) dans les départements bretons (22, 35 et 56) ?, 124p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rennes 1 :2014.
 94. ALLOU S. Les savoirs sur la gestion du cabinet médical à acquérir en vue d'une installation libérale en médecine générale. Étude qualitative en Île-de-France auprès des professions ressources de la médecine générale. 93p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Paris Diderot 7 : 2016.
 95. REGNAULT A, RENZO A. Etre maître de stage universitaire protège-t-il du burnout ?, 63p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Angers; 2014.
 96. BOUTON C, LEROY O, HUEZ J-F, et al. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. Mars 2015;27(1):59-67.
 97. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES (Questions d'économie de la santé) Rapport n°157 ; Sept 2010 6p.
 98. LECOMTE P. 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, 90p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Tours : 2017.
 99. CAM M. Facteurs positifs de recrutement vers la médecine générale : recherche de consensus par la méthode Delphi puis hiérarchisation par groupe nominal par des experts non médecin généraliste,63p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Brest; 2017.
 100. VEIL C. « Primum non nocere ». Les états d'épuisement. Le Concours médical. 1959;81:2675-81.

101. MASLACH C, SCHAUFELI WB, LEITER. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001;52:397-422.
102. GALAM E, LEOPOLD Y. Dossier Burn out. Épuisement des médecins : En parler ! *Le Concours médical*. Avr 2008;130(8):393-405.
103. SHANAFELT TD, DYRBYE LN, WEST CP, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*. 8 oct 2012;172(18):1377-85.
104. GUEDON A. Le burnout du médecin: prévalence et déterminants dans le monde. *Revue de la littérature*, 122p Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rouen : 2016.
105. DUMOULIN M, BERGUA G, HUEZ-ROBERT M-F, et al. Burn out des soignants : comment éteindre l'incendie? *Médecine*. Nov 2017;13(9):396-401.
106. GALAM E, KOMLY V, LE TOURNEUR A, et al. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *The British Journal of General Practice*. Mars 2013;63(608):217-24.
107. TRUCHOT D. Épuisement professionnel et burnout: concepts, modèles, interventions. Éd. Paris Dunod; 2004. 265 p.
108. GALAM E. Burn out des médecins libéraux 1re partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine*. Nov 2007;3(9):419-21.
109. COLOMBAT P. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants – SEPS - AFSOS [Internet]. AFSOS; 2014 déc. Disponible sur: <http://www.afsos.org/fiche-referentiel/syndrome-depuisement-professionnel-soignants-seps/>
110. INRS, DGT, ANACT. Guide d'aide à la prévention Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out [Internet]. 2015 mai 34p. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout.html>
111. KOVESH-MASFETY V, SAUNDER L. Le burnout : historique, mesures et controverses. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. Janv 2016;78(1):16-23.
112. TRUCHOT D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon: URML Bourgogne UPMLB et Département de Psychologie Reims; 2001.
113. GALAM E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : Témoignages, Analyses et Perspectives. URLM Ile de France; Juin 2007 59p.
114. FERLEY JP, ROCHE-BIGAS B. La souffrance et le burn out des soignants en Limousin, une étude de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie du Limousin initiée par le Conseil Régional de l'ordre des Médecins co-financée par l'Agence Régionale de Santé et le CROM et réalisée par l'Observatoire régional de la santé du Limousin. *ARS*; Oct 2015 39p.
115. TRUCHOT D. Le burn out des médecins de Champagne Ardennes. URLM Champagne Ardennes; 2002.
116. TRUCHOT D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. URLM Poitou Charente; 2004 avr.
117. SOLER JK, and European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008; 25 (4): 245-265.
118. CATHEBRAS P, BEGON-BELLET A, TRUCHOT D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*. Déc 2004;33(22):1569-74.

119. PHILIPPON C. Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes Rhône-Alpins,124p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lyon 1 : 2013.
120. JARRY C. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire, 53p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Tours : 2005.
121. EL OUALI S. Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher, 92 p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Tours : 2006.
122. TRUCHOT D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. Annales Médico-Psychologiques. Août 2009;167(6):422-8.
123. DUSMENIL H, SALIBA-SERRE B, REGIJ-C, et al. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé Publique. Oct 2009;21(4):355-64.
124. HUMBERT G. L'épuisement professionnel des médecins généralistes : impact de la charge de travail, des relations avec les patients et du sentiment de perte de statut, 195p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Besançon : 2010.
125. BONTOUX E. Prévalence et facteurs de risque de burnout chez les médecins généralistes du Gers,45p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Toulouse 3 : 2016.
126. MACET G, KERIHUEL G. Si tu veux prendre soin des autres, prends soin de toi. Contribution à la prévention de l'épuisement professionnel des médecins du Cher. Réflexions sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Propositions pour une prise en charge. 60p. Mémoire de DIU : Soigner les soignants : Paris Diderot 7 : 2016.
127. VAQUIN-VILLEMINEY C. Prévalence du Burn Out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles, 59p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Paris 5 : 2007.
128. VIAUD H. Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel des médecins généralistes installés en Maine et Loire, 48p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Angers : 2011.
129. CASIN G. Syndrome d'épuisement des médecins généralistes français: revue de la littérature, 70p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Toulouse 3 : 2016.
130. DIDIER F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle : enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs,156p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Poitiers : 2013.
131. TRUCHOT D. Impact des agents stresseurs sur la santé des soignants. Communiqué de presse de l'Association Soins aux Professionnels de Santé présenté le 11 Décembre 2017.
132. KHANSAJ. Stress en médecine générale : impact du mode d'exercice, 153p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rennes 1 : 2012.
133. GANDOLFI G. 10 règles d'or pour éviter le burn out. Le Généraliste. Juill 2012;(2607):8-11.
134. WEST CP, DYRBYE LN, SHANAFELT TD, et al Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. JAMA Internal Medicine. Avr 2014;174(4):527-33.
135. BOVIER P. Santé des médecins de premier recours en Suisse Résultats de la première enquête nationale. Primary Care. 2004;4(47):941-7.

136. ROMERO-VIDAL E. L'épuisement professionnel : l'évaluer et le comprendre par une étude épidémiologique auprès des médecins généralistes héraultais, 175p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Montpellier 1 : 2010.
137. TRUCHOT D, RONCARI N, BANTEGNIE D. Burnout, compliance du patient et retrait psychologique chez les médecins généralistes : une étude exploratoire. L'Encéphale. Févr 2011;37(1):48-53.
138. DESPRES P, GRIMBERT I, LEMERY B, et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. DREES (Etudes et résultats) Rapport n°731; 2010 juin 8p.
139. METAIS C. Approche quantitative des freins perçus par les médecins généralistes pour se faire aider par une structure dédiée en situation de burn out, 44p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Poitiers : 2017.
140. BEGON-BELLET A. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout des médecins généralistes de la Loire,16p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Saint Etienne : 2003.
141. ALCARAZ-MOR R, GOMEZ S, BELLAGAMBA G, et al Burnout des médecins en Europe : des différences à élucider. Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. Mai 2018;79(3);p287.
142. DELGENES JC, BARTHELEMY M, BOUEROUX M, et al. Les effets du travail sur la vie privée Comment comprendre l'impact de la vie professionnelle sur la vie personnelle? Quels équilibres sauvegarder, restaurer, inventer? Enquête Technologia / UMC. 2012 mars 66p.
143. DRYBYE LN, VARKEY P, BOONE S, et al. Physician satisfaction and burnout at different career stages. Mayo Clinic Proceedings. Déc 2013;88(12):1358-67.
144. BURON-NADAL M. Etude sur la qualité de vie de femmes ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de vie de Saint-Nazaire,66p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Angers : 2016.
145. Medistica. pvalue.io, a Graphic User Interface to the R statistical analysis software for scientific medical publications. [Internet]. Disponible sur: <https://stats.pvalue.io>
146. GIRARDOT-CONSCIENCE B. La qualité de vie des médecins généralistes en maison de santé dans le Jura, 62p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Besançon : 2015.
147. HILTRAND G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des MG en Rhône Alpes, selon leur lieu d'exercice, 169p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lyon 1 : 2008.
148. SERRES A. Qualité de vie et risque de burn out chez les médecins généralistes de l'Yonne : impact de l'organisation de travail et du mode de gestion des urgences ressenties,197p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Dijon : 2016.
149. DANIEL B. Recherche de critères associés à la qualité de vie du médecin généraliste : étude menée lors d'un week-end de formation de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais,68p. Thèse d'exercice : Médecine Générale. Lille 2 :2012.
150. BERSAC S. Etude des caractéristiques socioprofessionnelles influençant la qualité de vie des médecins généralistes ruraux du département des Alpes-Maritimes, 153p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Nice : 2007.
151. BOULINGUI J-B, Département de Sociologie-Anthropologie-Psychologie, Institut de Recherches en Sciences Humaines. Influence du conflit « Travail-Famille » sur le stress professionnel en milieu hospitalier : le cas du personnel médical, paramédical et administratif de l'hôpital Albert Schweitzer de Lambaréné. Revue semestrielle de l'IRSH; 2016-2017 p. 147-72.

152. SCHMITT LEROY M, LE GOAZIOU MF. Femmes médecins, pharmaciens, dentistes, quelle qualité de vie ? La Revue du Praticien Médecine Générale Juin 2007;21(776/777):681-3.
153. ROMESTAING P, FERLEY JP. Trois études sur la féminisation de la profession médicale. URLM Rhône Alpes et CAREPS; Janv 2005 44p.
154. VINCENDON A. Une désaffectation de l'exercice libéral pour une meilleure qualité de vie ? : étude comparative de la qualité de vie globale des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur mode d'exercice : libéral ou salarial,97p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lyon 1 : 2016.
155. SHANAFELT TD, DYRBYE LN, WEST CP, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. Mayo Clinic Proceedings. Déc 2015;90(12):1600-13.
156. DANG HA DOAN B, LEVY D. Les conditions de vie et d'exercice. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales. Mars 2009;49(1):p 41-60.
157. INSEE. Satisfaction dans la vie – Satisfaction dans la vie en 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3637041>
158. SHRESTHA D, JOYCE CM. Aspects of work-life balance of Australian general practitioners: determinants and possible consequences. Australian Journal of Primary Health. 2011;17(1):40-7.
159. INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
160. CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, et al. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. DRESS (Etudes et résultats) Rapport n°1114 ; Mai 2019 2p.
161. AUDRIC S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. DREES (Etudes et résultats) Rapport n°314; Juin 2004,12p.
162. EVRAD I, BOURGUEIL Y, LE FUR P, et al. Baromètre santé médecins généralistes 2009 - Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale. INPES; 2009 p221-236.
163. INSEE. France, portrait social Vue d'ensemble - Conditions de vie - Édition 2010 – [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
164. MAISONNEUVE M. Difficultés socio-professionnelles rencontrées par les médecins généralistes exerçant en milieu rural dans l'Oise en 2016 : étude de la qualité de vie,37p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Amiens : 2016.
165. HUSSON A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France: éternellement nomade ? : Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne, 99p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Paris 7 : 2012.
166. FAZELLY C. Vision de l'installation en cabinet de médecine générale des remplaçants de la région Centre,46p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Tours; 2017.
167. CANEVET E. Stress en médecine générale: impact du lieu d'installation,147p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rennes 1 : 2012.
168. HU F.M. Organisation du temps de travail en médecine générale Etude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilaine, 99p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Rennes 1 : 2016.

169. CHAPUT H, MONZIOLS M, FRESSARD L, et al. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES (Etudes et résultats) Rapport n°1113 ; Mai 2019 mai 2p.
170. GALAM E. Burn out des médecins libéraux 4e partie : un problème individuel, professionnel et collectif. Médecine. Févr 2008;4(2):83-5.
171. EFSTATHOPOULOU A, DAVID S, HERZIG L. Visite à domicile par le médecin de famille : état des lieux en Europe et en Suisse. Revue Médicale Suisse. 2016;12(537):1874-8.
172. SCHWEYER FX. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale sous la direction de Géraldine Bloy et François Xavier Schweyer. Éd. EHESP; 2010. p. 55-74.
173. BRUCHON-SCHWEITZER M, BOUJUT É. Les processus transactionnels: stress, contrôle, soutien social et coping. In: Psychologie de la santé Concepts, méthodes et modèles. 2e éd. Dunod (Psycho Sup) ; 2014. p. 435-510.
174. GALAM E. Burn out des médecins libéraux 3e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine. Janv 2008;4(1):43-6.
175. DERVEAUX N. Etude qualitative auprès de treize médecins généralistes visant à explorer les stratégies pour être un médecin heureux, 71 p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lille 2 : 2017.
176. GALAM E. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. Médecine. Nov 2013;9(9):420-3.
177. ROUYA D. Les médecins généralistes sont-ils suffisamment sensibilisés au risque d'épuisement professionnel ?, 33 p. Thèse d'exercice : Médecine Générale : Lille 2 : 2015.
178. CHERNISS C. Staff Burnout: Job Stress in the Human Services. Éd. Sage Publications, Beverly Hills. 1980. 198 p.

ANNEXES :

Annexe 1 : Questionnaire

Code d'anonymisation : 9235

Céline ROUSSELOT
Médecin remplaçant non thésé
2 Rue des Foulons
18700 Aubigny-sur-Nère
06 80 85 23 16
09 53 84 04 72
l3rousselot@dumg-tours.fr

Destinataires :
Ensemble des médecins généralistes libéraux
en activité principale dans le département du Cher

Le 1^{er} décembre 2018 à Aubigny-sur-Nère

Objet : Titre de thèse « Etude comparative de perception de qualité de vie, de satisfaction professionnelle et lien sur la survenue d'un conflit travail-famille et d'un syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux installés et leurs remplaçants du Cher, selon leurs âges »

Cher(e) confrère,

Je me permets de solliciter votre aide dans la cadre de la réalisation de ma thèse d'exercice de médecine générale sous la direction du Docteur ESSAYAN, médecin hospitalier du CH de Vierzon.

L'exercice de la médecine générale est exigeante pour le professionnel tant sur le plan professionnel que personnel et peut conduire au syndrome d'épuisement professionnel.

Dans un département touché par une faible démographie médicale où se conjugue un manque de renouvellement des médecins généralistes et des départs à la retraite massifs, et où s'accroît un vieillissement de la population responsable d'une augmentation de la charge de travail des médecins, il est licite de réaliser un état des lieux de la qualité de vie de ses médecins généralistes et de rechercher s'il existe un lien avec la survenue d'un épuisement professionnel.

Afin de récolter les données nécessaires, j'ai mis au point, en accord avec mon directeur de thèse, un questionnaire permettant de recueillir d'une part, des éléments de base démographiques et les grands critères de mode d'exercice, et d'autre part des échelles d'autoévaluation validées internationalement (ESVP adaptation française de l'échelle de satisfaction de vie professionnelle de Diener, une partie de l'échelle SWING qui étudie la présence d'un conflit entre le travail et la famille, dans le sens où le travail peut impacter négativement la cellule familiale, et l'échelle de Maslach, outil de diagnostic d'un syndrome d'épuisement professionnel) et des échelles d'auto-évaluation analogiques visant à évaluer la qualité de vie.

Merci du temps que vous accorderez à répondre à ce questionnaire, et de le retourner à l'aide de l'enveloppe timbrée et libellée ci-jointe avant le 15 janvier 2019.

Il est à souligner que les données récoltées seront anonymisées grâce à un codage personnel unique à 4 chiffres, défini de manière aléatoire, et se situant en en-tête de chacune des pages de ce présent courrier, qui ne fait donc mention à aucune reprise de votre identité.

Par ailleurs, je ne manquerai pas de vous faire part des résultats de mon étude.

Dans l'attente de votre retour, veuillez agréer, cher(e) confrère l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Céline ROUSSELOT



I) Données démographiques :

1	Quel est votre sexe?	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
2	En quelle année êtes-vous né(e)?	_____
3	Quelle est votre situation maritale actuelle?	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> En couple (union libre) <input type="checkbox"/> Marié(e) / Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)
4	Avez vous des enfants?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

II) Situation professionnelle, pour les remplaçants merci de vous positionner, si plusieurs lieu de remplacement, dans la situation prépondérante.

1	Depuis quelle année exercez-vous la médecine générale, premier remplacement ou première installation ?	_____																					
2	Vous êtes installé en milieu :	<input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Semi-urbain <input type="checkbox"/> Urbain																					
3	Exercez-vous seul ou en groupe? Si exercice de groupe, quel est votre nombre d'associés, merci également de préciser si vous exercez en MSP ?	Scul Groupe, dont MSP <input type="checkbox"/> Nombre d'associés _____																					
4	Disposez-vous d'un secrétariat?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					
5	Cochez votre emploi du temps correspondant à une semaine type : Pour les remplaçants à quelle fréquence exercez-vous :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>L</th> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Matin</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Après-midi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> _____		L	M	M	J	V	S	Matin							Après-midi						
	L	M	M	J	V	S																	
Matin																							
Après-midi																							
6a	Combien de consultations effectuez-vous en moyenne par semaine ?	_____																					
6b	Combien de visites à domicile effectuez-vous en moyenne par semaine?	_____																					
6c	Combien d'heures de travail effectuez-vous en moyenne par semaine?	_____																					
7a	Participez-vous à la permanence des soins de votre secteur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					
7b	Si oui, combien de gardes en semaine effectuez-vous en moyenne par mois?	_____																					
7c	Si oui, combien de gardes en weekend (samedi et dimanche) effectuez-vous en moyenne par mois?	_____																					
8	Combien de semaines de vacances prenez-vous par an?	_____																					
9	Faites vous appel à un remplaçant lors de vos absences?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																					

III) Evaluation de la satisfaction de vie professionnelle et personnelle

- 1) Entourez pour chaque item le chiffre entre 1 et 7 selon que vous êtes :
- fortement en désaccord avec l'énoncé (1);
 - fortement en accord avec l'énoncé (7).

Globalement, ma vie professionnelle correspond tout à fait à mes idéaux.	1	2	3	4	5	6	7
Mes conditions de vie professionnelle ont toujours été excellentes.	1	2	3	4	5	6	7
Je suis satisfait(e) de ma vie professionnelle.	1	2	3	4	5	6	7
Jusqu'à présent, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais dans ma vie professionnelle.	1	2	3	4	5	6	7
Si je pouvais recommencer ma vie professionnelle, je n'y changerais presque rien.	1	2	3	4	5	6	7

- 2) Auto-évaluez votre qualité de vie personnelle en indiquant sur l'échelle à quel niveau vous en êtes satisfait ?



- 3) Indiquez votre niveau de satisfaction concernant votre qualité de vie familiale et sociale :



- 4) Sur chacune des propositions suivantes indiquez si vous êtes jamais (0), parfois (1), souvent (2) ou toujours (3) en accord avec l'intitulé :

	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
Vous êtes irritable à la maison parce que votre travail est exigeant.	0	1	2	3
Vous trouvez difficile de remplir vos obligations familiales parce que vous êtes toujours en train de penser au travail	0	1	2	3
Vous vous devez d'annuler des RDV avec votre époux(se)/famille/amis à cause d'engagements professionnels.	0	1	2	3
Vous avez du mal à remplir vos obligations familiales à cause de votre emploi du temps professionnel.	0	1	2	3
Vous n'avez pas suffisamment d'énergie pour faire des activités de loisirs avec votre époux(se)/famille/amis à cause de votre travail.	0	1	2	3
Vous devez travailler si dur qu'il ne vous reste plus de temps pour vos passe-temps.	0	1	2	3
Vous avez du mal à vous détendre à la maison à cause de vos obligations professionnelles.	0	1	2	3
Votre travail vous prend du temps que vous auriez aimé passer avec votre époux(se)/famille/amis.	0	1	2	3

IV) Evaluation de l'épuisement professionnel

1) Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item en entourant le chiffre correspondant à votre réponse.

		Jamais	Quelques fois par année	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1	Je me sens émotionnellement vidé par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
2	Je me sens «à bout» à la fin de ma journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
3	Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.	0	1	2	3	4	5	6
4	Je peux comprendre facilement ce que les malades ressentent.	0	1	2	3	4	5	6
5	Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.	0	1	2	3	4	5	6
6	Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.	0	1	2	3	4	5	6
7	Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
8	Je sens que je craque à cause de mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
9	J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens.	0	1	2	3	4	5	6
10	Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
11	Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	0	1	2	3	4	5	6
12	Je me sens plein(e) d'énergie.	0	1	2	3	4	5	6
13	Je me sens frustré(e) par mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
14	Je sens que je travaille trop dur dans mon travail.	0	1	2	3	4	5	6
15	Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
16	Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop.	0	1	2	3	4	5	6
17	J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
18	Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades.	0	1	2	3	4	5	6
19	J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.	0	1	2	3	4	5	6
20	Je me sens au bout du rouleau.	0	1	2	3	4	5	6
21	Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0	1	2	3	4	5	6
22	J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	0	1	2	3	4	5	6

Annexe 2 : Avis positif du Groupe Éthique Clinique



**GROUPE ETHIQUE D'AIDE A LA RECHERCHE CLINIQUE POUR LES PROTOCOLES DE
RECHERCHE NON SOUMIS AU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
ETHICS COMMITTEE IN HUMAN RESEARCH**

AVIS

Responsable de la recherche : Dr Alain ESSAYAN / Céline ROUSSELOT

Titre du projet de recherche : Etude comparative de perception de la qualité de vie, de satisfaction professionnelle et lien dur la survenue d'un conflit travail/famille et d'un syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux installés et leurs remplaçants dans le Cher, selon leur âge

N° du projet : 2019 041

Le groupe éthique d'aide à la recherche clinique donne un avis

- FAVORABLE**
- DÉFAVORABLE**
- SURSIS A STATUER**
- DÉCLARATION D'INCOMPÉTENCE**

au projet de recherche n° 2019 041

A Tours, le 03 Juin 2019

**Dr Béatrice Birmelé
Présidente du Groupe Ethique Clinique**

Annexe 3 : Lettre de retour à l'ensemble des MG ciblés par notre étude

Céline ROUSSELOT
Médecin remplaçant non thésé
2 Rue des Foulons
18700 Aubigny-Sur-Nère
06 80 85 23 16 / 09 53 84 04 72
l3rousselot@dumg-tours.fr

Destinataires :
Ensemble des médecins généralistes
sollicités par notre étude de l'hiver 2018

Le 21 octobre 2019, à Aubigny-sur-Nère

Objet : Retour après analyse statistique de l'étude menée dans le cadre de ma thèse sous la direction du Docteur ESSAYAN du 7 décembre 2018 au 15 février 2019 (*Étude comparative de l'équilibre de vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes libéraux en activité du Cher âgés de 40 ans et moins et de 55 ans et plus. En termes de perception de satisfaction professionnelle, de qualité de vie, de présence d'un conflit travail-hors travail et de l'apparition de syndrome d'épuisement professionnel*)

Chers confrères,

A la suite de ma sollicitation dans le cadre de ma thèse d'exercice, vous avez été trois-quarts à me renvoyer le questionnaire, et j'en profite tout d'abord pour vous remercier infiniment de votre participation.

J'en profite également pour souligner que je remercie toutes les secrétaires pour leur patience au cours de cette période de recueil.

Après dépouillement, le taux de questionnaires analysables s'élève à 67,16 %, soit 137 questionnaires analysables.

Aussi je m'étais engagée à vous transmettre les résultats de mon étude, ce que je fait donc au travers de ce courrier.

La qualité de vie au travail et ses déterminants sont devenus une préoccupation du monde du travail et de la santé. Relativement peu d'études traitent de la population des médecins généralistes (MG).

L'objectif de cette thèse était, outre de décrire les données socio-démographiques et les caractéristiques d'exercice des MG du département du Cher, d'étudier :

- 1) Les niveaux de ressentis et les facteurs prédictifs de qualité de vie (QdV) personnelle et sociale, de satisfaction professionnelle (SP), de perception de conflit travail-hors travail (CTHT)
- 2) La fréquence de survenue et les facteurs prédictifs d'un Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS) en étudiant notamment le rôle de l'âge étudié par classes d'âge (MG âgés de 40 ans et moins et ceux âgés de 55 ans et plus).

- Données socio-démographiques :

L'âge moyen des MG était de 51,39 (\pm 12,97 ans). Les hommes sont majoritaires (n=90 soit 65,7%) et plus âgés en moyenne de 14 ans que les femmes, ce qui reflète la féminisation en cours de la profession. L'âge médian des remplaçants est de 30 ans. Seuls 4 sont âgés de plus de 40 ans. Dans ce groupe, la répartition par genre y est plus homogène (9 femmes pour 8 hommes). Ce constat est également à rapprocher de la féminisation des études médicales.

Au vu de la pyramide des âges et de la sur-expression de remplaçants au sein de la classe d'âge des MG âgés de 40 ans et moins, le genre et le type d'activité ont été identifiés comme des facteurs de confusion, c'est pourquoi toutes les analyses ont été réalisées en prenant compte de ces deux facteurs.

- Caractéristiques d'exercice des MG :

L'exercice regroupé est prédominant (75/137), les femmes exerçant plus souvent en structure de groupe que les hommes.

Trois-quarts des médecins ont recours à l'aide d'un secrétariat, alors que les femmes y ont majoritairement recours (n=43/47), les hommes n'y font appel que pour 59 d'entre eux. Les médecins installés en général ne font ou ne peuvent faire appel à un remplaçant (n=67/119). Selon l'analyse multivariée réalisée, l'exercice regroupé ($p \leq 0.001$), le recours au secrétariat ($p \leq 0.01$) et aux remplaçants ($p = 0,045$) sont plus marqués chez les plus jeunes.

- Charge de travail

Par semaine, les médecins travaillent en moyenne 8,79 demi-journées, les plus jeunes travaillant en moyenne une demi-journée de moins par semaine ($p \leq 0.01$).

Le nombre moyen de consultations par jour est de 28,22. Il y a peu de variations selon les classes d'âge étudiées, selon le genre ou le type d'activité.

Par contre, le nombre moyen de visites au domicile est de 1,97 visites par jour, et est plus important à mesure que l'âge du médecin croît ($p \leq 0.01$).

Le temps de travail est de 50,23 heures en moyenne par semaine, il existe des différences notables statistiquement significatives ($p \leq 0.01$), les plus jeunes travaillant 42,8 heures en moyenne par semaine contre 52 heures chez les MG âgés de plus de 55 ans.

Une discrète majorité des médecins de l'étude prennent part au système de garde (57,25%), sans différence selon les classes d'âge étudiées, le genre ou le type d'activité.

La durée moyenne des congés annuels est de 6,32 semaines par an sans différences statistiquement significatives retrouvées selon les classes d'âge étudiées.

Voici résumés dans le tableau suivant les scores de SP, de QdV personnelle et sociale, de CTHT, de SEPS et ses 3 composantes (l'épuisement émotionnel EE; la dépersonnalisation DP; l'accomplissement professionnel AP) selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité :

Effectifs	Score ESVP : SP (/35)	EVA : QdVP (/10)	EVA : QdVS (/10)	Score SWING : perception CTHT (/24)	Taux de médecins en EE élevé	Taux de médecins en DP élevé	Taux de médecins en AP bas	Taux de médecins en SEPS
Ensemble des MG (n=137)	24,06 (± 6,33)	6,40 (± 2,18)	6,23 (± 2,44)	9,53 (± 4,93)	17,00 %	24,00 %	17,00 %	37,23 %
Médecins âgés de ≤ 40 ans (n=32)	25,1 (± 5,88)	7,08 (± 1,85)	6,78 (± 1,93)	8,82 (± 4,30)	12,00 %	24,00 %	12,00 %	32,00 %
Médecins âgés de [41-54] ans (n=34)	23 (± 6,83)	6,15 (± 2,35)	6,16 (± 2,61)	8,75 (± 4,66)	19,00 %	19,00 %	13,00 %	34,00 %
Médecins âgés de ≥ 55 ans (n=71)	24 (± 6,31)	6,18 (± 2,22)	6 (± 2,56)	10,2 (± 2,59)	18,00 %	27,00 %	21,00 %	41,00 %
Hommes (n=90)	23,7 (± 6,67)	6,30 (± 2,26)	6,18 (± 2,55)	9,34 (± 5,23)	18,89 %	25,55 %	16,67 %	39,00 %
Femmes (n=47)	24,7 (± 5,63)	6,59 (± 2,04)	6,31 (± 2,22)	9,89 (± 4,34)	12,77 %	21,28 %	17,02 %	34,00 %
Installés (n=120)	23,7 (± 6,39)	6,31 (± 2,23)	6,19 (± 2,48)	9,93 (± 5,10)	19,17 %	25,83 %	17,50 %	39,17 %
Remplaçants (n=17)	26,9 (± 5,21)	7,05 (± 1,71)	6,54 (± 2,13)	6,76 (± 3,29)	0,00 %	11,76 %	11,76 %	23,52 %

Au vue de la littérature mobilisée, les évaluations recueillies de satisfaction professionnelle et de QdV personnelle ou sociale sont comparables à celles retrouvées jusqu'à présent. La comparaison concernant la perception de conflit travail-hors travail est plus délicate du fait de peu de sources mobilisables.

Selon l'analyse par classe d'âge et la comparaison à la bibliographie mobilisable, il semble que le milieu de carrière soit la période la plus délicate pour maintenir un bon équilibre pro/perso.

La prévalence de SEPS retrouvée dans notre étude est dans la fourchette moyenne par rapport aux données nationales préexistantes. Cependant par rapport aux travaux menés dans le Cher par Samira El Ouali en 2006, puis par les docteurs Geneviève Macet et Gérard Kerihuel en 2016, on remarque une amélioration des taux de MG présentant des scores pathologiques, dans les 3 dimensions, et notamment vis-à-vis de l'épuisement émotionnel quelque soit le type d'activité.

La seule différence statistiquement significative retrouvée, selon les classes d'âges étudiées, se situe sur la QdV personnelle ($p = 0.047$), avec une évaluation moyenne supérieure de 0,9 points/10 chez les plus jeunes.

Le fait de présenter un SEPS est statistiquement relié à une perception de satisfaction professionnelle plus basse ($p \leq 0.001$), de ressentis de QdV personnelle et sociale moindres ($p \leq 0.001$) et de perception de conflit travail-hors travail plus marquée ($p \leq 0.001$).

Toute altération de l'équilibre de vie professionnelle/personnelle est de ce fait à risque d'induire l'apparition d'un SEPS.

Selon les facteurs étudiés, le nombre de consultations quotidiennes, le nombre d'heures de travail hebdomadaire, le fait de vivre seul ou en couple, d'être médecin installé ou remplaçant apparaissent comme des facteurs prédictifs de ce déséquilibre.

Ces constats ne sont pas révolutionnaires, s'inscrivent dans les recommandations de nombreux auteurs influents sur le sujet comme les Professeurs Didier Truchot, Éric Galam ou Philippe Colombat et sont retrouvés par d'autres thésards ayant travaillé sur ces différents concepts.

C'est pourquoi, au vu des nos résultats et de la bibliographie sociologique à disposition, la volonté de maîtrise de la charge de travail revendiquée par les MG de « la nouvelle génération » semble licite.

Reste à savoir si cette volonté sera réalisable au vu des difficultés démographiques actuelles et à venir.

Toutefois, il est connu que le SEPS a des conséquences délétères pour le MG atteint mais également pour les patients qu'il prend en charge. La relation médecin-malade en souffre, le médecin étant moins capable de s'occuper de ses patients en mobilisant toutes ses capacités relationnelles.

De plus, un médecin est un mauvais juge quand à sa propre santé.

La capacité qu'un médecin peut avoir à ajuster la situation quand cela est nécessaire n'est pas chose aisée. Il est pour lui difficile de se rendre compte du glissement qui s'opère, de se reconnaître en souffrance.

Ces difficultés peuvent être sous-tendues par la crainte du non respect du secret médical, des sentiments négatifs à son égard, de honte face aux regards des « confrères soignants », mais aussi des difficultés économiques qui découleraient d'un arrêt de son activité et de l'impact que celui-ci aurait sur ses collègues dans un territoire déjà fragile.

Même si encore une fois, les résultats obtenus sont en faveur d'une amélioration de la problématique de l'épuisement professionnel dans le département depuis la dernière décennie. Un certains nombre de MG du département sont en souffrance.

Il existe des structures dédiées, anonymes, décentralisées qui proposent des conseils et un suivi psychologique.

Je voulais notamment vous signaler le numéro de l'association MOTS (Médecin, Organisation, Travail, Santé), joignable au 06 08 28 25 89, 24 heures sur 24, qui reste à la disposition de tout médecin en difficulté ou se sentant au bord de l'épuisement professionnel.

Je vous transmets également le numéro vert de la plateforme téléphonique nationale du CNOM : 08 00 28 80 38, également accessible 24 heures sur 24, qui permet à tout médecin ou interne en faisant la demande d'être mis en relation avec un confrère, avec un psychologue clinicien ou avec un interlocuteur formé spécifiquement pour évoquer toute difficulté financière, administrative, juridique ou autre.

Ces deux numéros s'articulent entre eux depuis le 03 avril 2019.

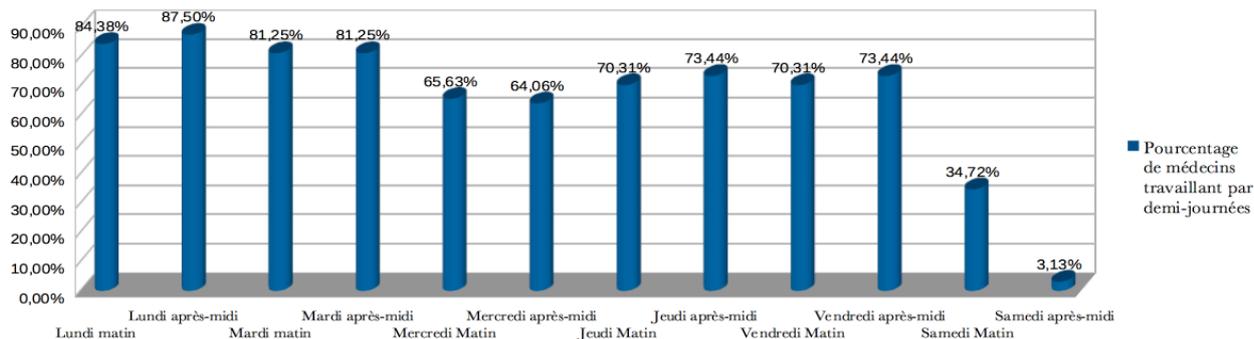
Bien confraternellement,

Céline ROUSSELOT

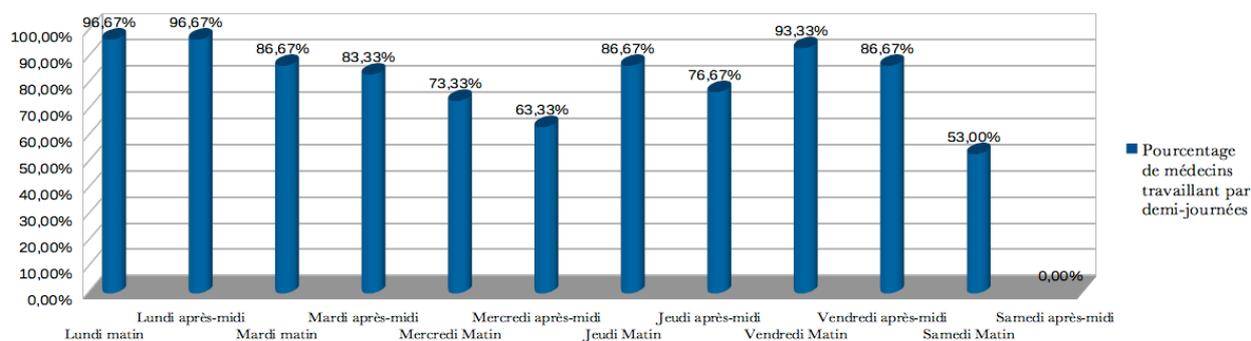


Annexe 4 : Emploi du temps selon les classes d'âge étudiées puis selon le genre et selon le type d'activité

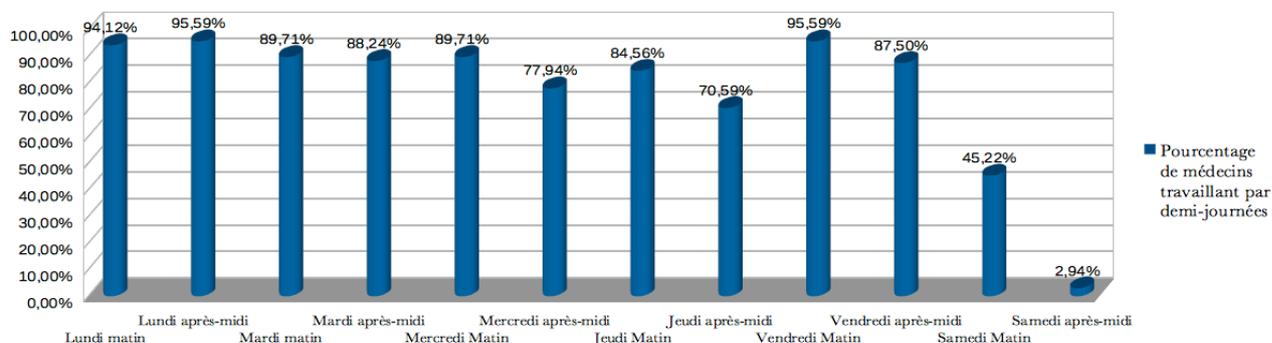
Emploi du temps des médecins âgés ≤ de 40 ans



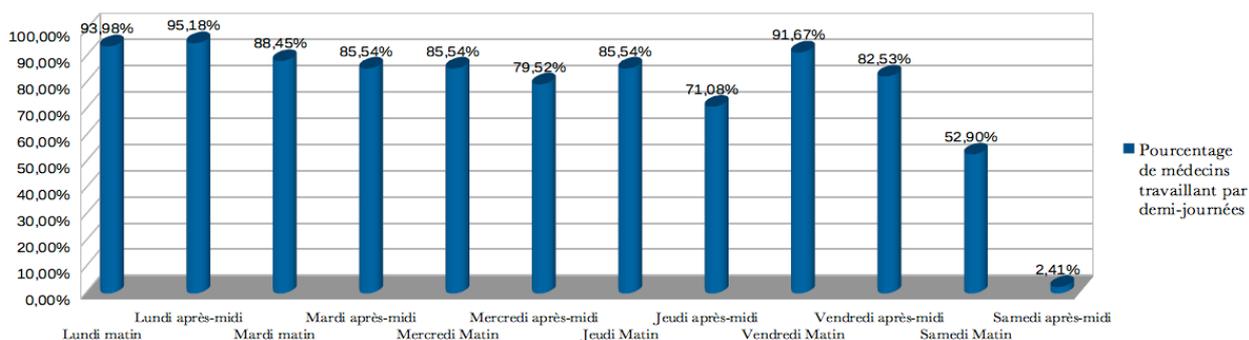
Emploi du temps des médecins âgés de 41 à 54 ans



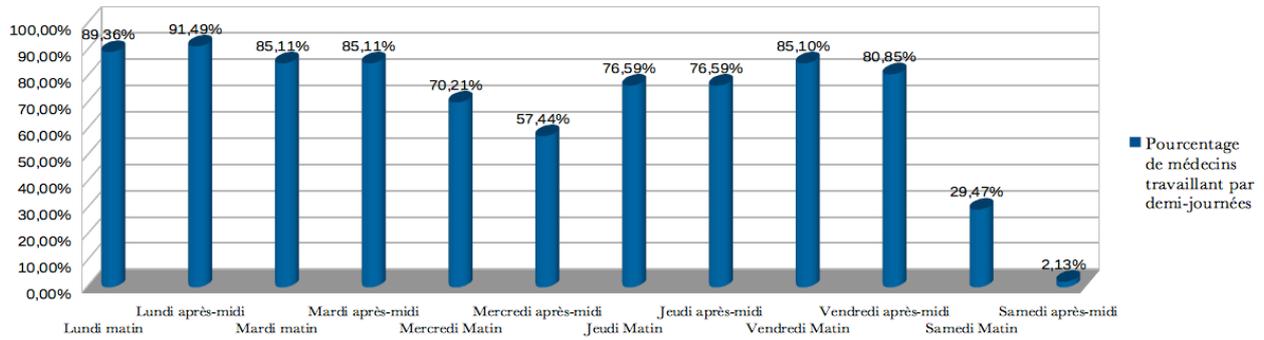
Emploi du temps des médecins âgés de ≥ 55 ans



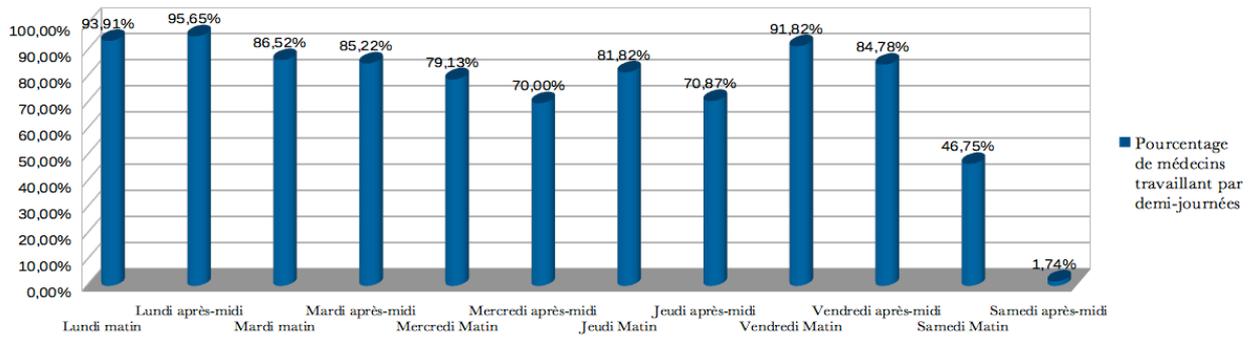
Emploi du temps des hommes



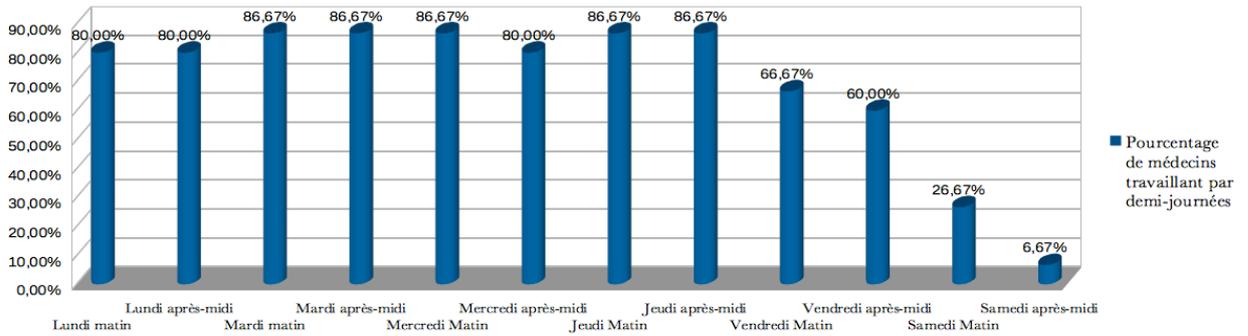
Emploi du temps des femmes



Emploi du temps de l'ensemble des médecins installés



Emploi du temps de l'ensemble des médecins remplaçants



Annexe 5 : Charge de travail selon les classes d'âge étudiées, le genre et le type d'activité

Charge de travail selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité

Charge de travail selon les classes d'âges étudiées, le genre et le type d'activité	Médecins âgés de ≤ 40 ans (n=34)		Médecins âgés de 41 à 54 ans (n = 32)		Médecins âgés de ≥ 55 ans (n = 71)		Hommes (n=91)		Femmes (n=47)		Installés (n=120)		Remplaçants (n=17)	
	Effectifs (n=)	Moyenne, (± écart type) médiane et quartiles												
Nombre de demi-journées travaillées par semaine	n=130	7,76 (± 1,63) 8 [7 - 9]	8,96 (± 1,22) 9 [8 - 10]	9,18 (± 1,49) 9,75 [9-10]	9,11 (± 1,47) 9 [9 - 10]	8,20 (± 1,59) 8 [7 - 9,25]	8,85 (± 1,47) 9 [8-10]	9,11 (± 1,47) 9 [9 - 10]	8,20 (± 1,59) 8 [7 - 9,25]	8,85 (± 1,47) 9 [8-10]	8,85 (± 1,47) 9 [8-10]	8,85 (± 1,47) 9 [8-10]	8,24 (± 2,20) 8 [7 - 10]	
Nombre de consultations par jour	n=127	29,56 (± 11,41) 26 [25 - 31]	27,8 (± 13,78) 27,8 [24,5 - 31]	28 (± 8,74) 26,35 [24 - 31]	28,15 (± 8,83) 27 [24 - 32]	28,72 (± 9,23) 27 [25 - 30]	28,46 (± 9,37) 27,14 [24-31]	28,15 (± 8,83) 27 [24 - 32]	28,72 (± 9,23) 27 [25 - 30]	28,46 (± 9,37) 27,14 [24-31]	28,46 (± 9,37) 27,14 [24-31]	28,46 (± 9,37) 27,14 [24-31]	27,64 (± 5,45) 26,6 [14 - 31]	
Nombre de visites au domicile par jour	n=127	1,10 (± 0,99) 1 [0,40 - 1,35]	2,05 (± 1,48) 1,69 [0,9-3,2]	2,59 (± 2,01) 2 [1,1-3,3]	2,41 (± 1,94) 2 [1 - 3,3]	1,54 (± 1,30) 1,14 [0,4 - 1,35]	2,20 (± 1,72) 1,90 [1-3,1]	2,41 (± 1,94) 2 [1 - 3,3]	1,54 (± 1,30) 1,14 [0,4 - 1,35]	2,20 (± 1,72) 1,90 [1-3,1]	2,20 (± 1,72) 1,90 [1-3,1]	2,20 (± 1,72) 1,90 [1-3,1]	1,18 (± 2,01) 0,75 [0,44 - 0,95]	
Temps de travail hebdomadaire en heures	n=125	43,77 (± 9,75) 40 [37,88 - 48,5]	53,05 (± 12,05) 55 [42-60]	52 (± 10,65) 50,5 [47,5-60]	51,55 (± 10,18) 51 [46 - 60]	47,54 (± 12,92) 45 [38 - 52,75]	50,66 (± 11,12) 50 [40 - 60]	51,55 (± 10,18) 51 [46 - 60]	47,54 (± 12,92) 45 [38 - 52,75]	50,66 (± 11,12) 50 [40 - 60]	50,66 (± 11,12) 50 [40 - 60]	50,66 (± 11,12) 50 [40 - 60]	46,37 (± 12,49) 44 [37,25 - 52,75]	
Nombre d'actes par heure	n=122	2,64 (± 0,58) 2,58 [2,28 - 2,84]	2,65 (± 0,66) 2,59 [2,31- 2,88]	2,70 (± 0,74) 2,62 [2,25-3,03]	2,72 (± 0,74) 2,64 [2,26 - 3,06]	2,60 (± 0,59) 2,53 [2,23 - 2,84]	2,70 (± 0,72) 2,62 [2,25 - 2,99]	2,72 (± 0,74) 2,64 [2,26 - 3,06]	2,60 (± 0,59) 2,53 [2,23 - 2,84]	2,70 (± 0,72) 2,62 [2,25 - 2,99]	2,70 (± 0,72) 2,62 [2,25 - 2,99]	2,70 (± 0,72) 2,62 [2,25 - 2,99]	2,53 (± 0,45) 2,39 [2,25 - 2,84]	
Nombre de semaines de congés annuels	n=133	6,74 (± 2,37) 7 [5-8]	6,39 (± 1,88) 7 [5-7]	6,08 (± 2,53) 6 [5-7,25]	6,23 (± 2,51) 6 [5 - 8]	6,49 (± 2,03) 6 [5 - 7]	6,16 (± 2,07) 6 [5 - 7]	6,23 (± 2,51) 6 [5 - 8]	6,49 (± 2,03) 6 [5 - 7]	6,16 (± 2,07) 6 [5 - 7]	6,16 (± 2,07) 6 [5 - 7]	6,16 (± 2,07) 6 [5 - 7]	7,6 (± 3,74) 6 [5-9]	
Nombre de demi-journées travaillées par an	n=129	344,29 (± 74,04) 352 [289-396]	409,08 (± 60,18) 405 [371-438]	414,69 (± 74,19) 423 [385-462]	411,77 (± 74,08) 420 [393 - 460]	368,27 (± 73,91) 369 [330 - 414]	405,4 (± 72,24) 412 [369 - 460]	411,77 (± 74,08) 420 [393 - 460]	368,27 (± 73,91) 369 [330 - 414]	405,4 (± 72,24) 412 [369 - 460]	405,4 (± 72,24) 412 [369 - 460]	405,4 (± 72,24) 412 [369 - 460]	324 (± 73,14) 322 [263 - 364]	

N.B : Concernant les paramètres ci-dessus, les questionnaires des remplaçants ont été complets sauf 1 (emploi du temps manquant). Par conséquent, il n'était donc pas possible de calculer son nombre de consultations et de visites par jour.

Annexe 6 : Analyses univariées selon le genre, des données socio-démographiques et de la charge de travail

Variables	Classe	Effectifs	Hommes (n=90)	Femmes (n=47)	P-value	Type de test
Âge		(n=137)	56.3 (±11.2)	42.0 (±10.8)	<0.001	Welch
Classes d'âges étudiées (n=137)	≤40 ans	34	11 (12%)	23 (49%)	<0.001	Chi2
	[41-54] ans	32	17 (19%)	15 (32%)		
	≥ 55 ans	71	62 (69%)	9 (19%)		
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	74 (83%)	36 (77%)	0,49	Chi2
	Seul	26	15 (17%)	11 (23%)		
Parentalité (n=136)	Oui	113	79 (89%)	34 (72%)	0.029	Chi2
	Non	23	10 (11%)	13 (28%)		
Type d'activité (n=137)	Installé	120	82 (91.1%)	38 (81%)	0,15	Chi2
	Remplaçant	17	8 (8.9%)	9 (19%)		
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	33 (37%)	22 (47%)	0,24	Chi2
	« Zones dites intermédiaires »	43	27 (30%)	16 (34%)		
	Urbain	38	29 (33%)	9 (19%)		
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	49 (55%)	12 (26%)	<0.01	Chi2
	Cabinet de groupe	45	24 (27%)	21 (45%)		
	MSP	30	16 (18%)	14 (30%)		
Nombre d'associés		(n=118)	1.48 (±2.39)	1.92 (±1.71)	0,26	Welch
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	59 (66%)	43 (91.5%)	<0.01	Chi2
	Non	34	30 (34%)	4 (8.5%)		
Appel à un remplaçant (n=119)	Oui	52	29 (36%)	23 (61%)	0.019	Chi2
	Non	67	52 (64%)	15 (39%)		
Nombre de demi-journées par semaine		(n=130)	9.11 (±1.47)	8.20 (±1.59)	<0.01	Welch
EDT Mercredi après-midi (n=130)	Travaille	93	66 (80%)	27 (57%)	0.013	Chi2
	Ne travaille pas	37	17 (20%)	20 (43%)		
EDT Samedi matin (n=130)	Travaille	52	40 (48%)	12 (26%)	0.04	Chi2
	Périodiquement	14	8 (9.6%)	6 (13%)		
	Ne travaille pas	64	35 (42%)	29 (62%)		
Nombre de consultations par jour		(n=127)	28.2 (±8.83)	28.7 (±9.33)	0,74	Welch
Nombre de visites par jour		(n=127)	2.41 (±1.94)	1.54 (±1.30)	<0.01	Welch
Temps de travail hebdomadaire (en h)		(n=125)	51.6 (±10.2)	47.5 (±12.9)	0.079	Welch
Nombre d'actes par heure		(n=122)	2.72 (±0.736)	2.60 (±0.588)	0,34	Welch
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	44 (52%)	31 (66%)	0,19	Chi2
	Non	56	40 (48%)	16 (34%)		
Nombre de gardes de semaine par mois		(n=74)	1.56 (±1.28)	1.80 (±1.13)	0,4	Welch
Nombre de gardes de WE par mois		(n=74)	0.488 (±0.459)	0.511 (±0.413)	0,82	Welch
Nombre de semaines de congés annuels		(n=133)	6.23 (±2.51)	6.49 (±2.03)	0,51	Welch
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)			412 (±74.1)	368 (±73.9)	<0.01	Welch

Annexe 7 : Analyses univariées selon le type d'activité, des données socio-démographiques et de la charge de travail

Variabiles	Classe	N (%)	Installés (n=120)	Remplaçants (n=17)	P-value	Type de test
Âge (n=137)			53.3 (±11.4)	37.9 (±15.4)	<0.001	Mann-Whitney
Classes d'âges étudiées (n=137)	≤40 ans	34	21 (18%)	13 (76%)	<0.001	Fisher
	[41-54] ans	32	31 (26%)	1 (5.9%)		
	≥ 55 ans	71	68 (57%)	3 (18%)		
Genre (n=137)	Hommes	90	82 (68%)	8 (47%)	0,15	Chi2
	Femmes	47	38 (32%)	9 (53%)		
Vivre seul ou en couple (n=136)	En couple	110	97 (82%)	13 (76%)	0,74	Fisher
	Seul	26	22 (18%)	4 (24%)		
Parentalité (n=136)	Oui	113	108 (90.8%)	5 (29%)	<0.001	Fisher
	Non	23	11 (9.2%)	12 (71%)		
Lieu d'exercice (n=136)	Rural	55	48 (40%)	7 (41%)	0,2	Fisher
	« Zones dites intermédiaires »	43	35 (29%)	8 (47%)		
	Urbain	38	36 (30%)	2 (12%)		
Mode d'exercice (n=136)	Solitaire	61	59 (50%)	2 (12%)	<0.01	Fisher
	Cabinet de groupe	45	36 (30%)	9 (53%)		
	MSP	30	24 (20%)	6 (35%)		
Recours à un secrétariat (n=136)	Oui	102	87 (73%)	15 (88%)	0,24	Fisher
	Non	34	32 (27%)	2 (12%)		
Nombre de demi-journées par semaine (n=130)			8.85 (±1.47)	8.24 (±2.20)	0,24	Mann-Whitney
EDT Lundi matin (n=130)	Travaille	122	110 (95.7%)	12 (80%)	0.0493	Fisher
	Ne travaille pas	8	5 (4.3%)	3 (20%)		
EDT Vendredi matin (n=130)	Travaille	93	106 (92.2%)	10 (67%)	0.011	Fisher
	Ne travaille pas	37	9 (7.8%)	5 (33%)		
EDT Vendredi Après-midi (n=130)	Travaille	93	98 (85%)	9 (60%)	0.027	Fisher
	Ne travaille pas	37	17 (15%)	6 (40%)		
Nombre de consultations par jour (n=127)			28.5 (±9.37)	27.6 (±5.45)	0,98	Mann-Whitney
Nombre de visites par jour (n=127)			2.21 (±1.72)	1.18 (±2.01)	<0.001	Mann-Whitney
Temps de travail hebdomadaire (en h) (n=125)			50.7 (±11.1)	46.6 (±12.5)	0,13	Mann-Whitney
Nombre d'actes par heure (n=122)			2.70 (±0.714)	2.54 (±0.450)	0.46	Mann-Whitney
Participation au système de garde (n=131)	Oui	75	68 (59%)	7 (44%)	0,37	Chi2
	Non	56	47 (41%)	9 (56%)		
Nombre de gardes de semaine par mois (n=74)			1.61 (±0.996)	2.14 (±2.61)	0,69	Mann-Whitney
Nombre de gardes de WE par mois (n=74)			0.460 (±0.351)	0.857 (±0.900)	0,64	Mann-Whitney
Nombre de semaines de congés annuels (n=133)			6.16 (±2.08)	7.60 (±3.74)	0,37	Mann-Whitney
Nombre de demi-journées travaillées par an (n=129)			405 (±72.2)	324 (±73.1)	<0.001	Mann-Whitney

Annexe 8 : Corrélation entre les différentes échelles explorées

Corrélation entre les différentes échelles explorées					
	Moyenne (écart-type)		Coefficient de corrélation (IC95)	P-value	Test utilisé
	Présence syndrome d'épuisement professionnel	Absence de syndrome d'épuisement professionnel			
Corrélation entre résultats à échelle ESVP (n=137)					
Et résultat à l'EVA de QDV personnelle			0.575 (0.450; 0.677)	<0.001	Pearson
Et résultat à l'EVA de QDV sociale			0.419 (0.270; 0.548)	<0.001	Pearson
Et résultat à l'échelle SWING			-0.387 (-0.521; -0.235)	<0.001	Pearson
Présence d'un syndrome d'épuisement professionnel	20.7 (±6.46)	26.1 (±5.34)	-5.40 [-7.42; -3.38]	<0.001	
Et résultat au score d'épuisement émotionnel			-0.492 (-0.609; -0.353)	<0.001	Pearson
Présence syndrome d'épuisement professionnel			-0.367 (-0.504; -0.212)	<0.001	Pearson
Et résultat au score d'accomplissement professionnel			0.259 (0.0959; 0.409)	<0.01	Pearson
Corrélation entre les résultats à l'EVA de QDV personnelle (n=137)					
Et résultat à l'EVA de QDV sociale			0.765	<0.001	Spearman
Et résultat à l'échelle SWING			-0.660 (-0.745; -0.554)	<0.001	Pearson
Présence d'un syndrome d'épuisement professionnel	5.12 (±2.21)	7.16 (±1.79)	-2.04 [-2.72; -1.36]	<0.001	
Et résultat au score d'épuisement émotionnel			-0.650 (-0.737; -0.541)	<0.001	Pearson
Et résultat au score de dépersonnalisation			-0.343 (-0.483; -0.186)	<0.001	Pearson
Et résultat au score d'accomplissement professionnel			0.259 (0.0951; 0.409)	<0.01	Pearson
Corrélation entre les résultats à l'EVA de QDV sociale (n=137)					
Et résultat à l'échelle SWING			-0.659 (-0.744; -0.552)	<0.001	Pearson
Présence d'un syndrome d'épuisement professionnel	4.87 (±2.38)	7.03 (±2.10)	-2.16 [-2.93; -1.39]	<0.001	
Et résultat au score d'épuisement émotionnel			-0.642 (-0.731; -0.531)	<0.001	Pearson
Et résultat au score de dépersonnalisation			-0.369 (-0.506; -0.215)	<0.001	Pearson
Et résultat au score d'accomplissement professionnel			0.176 (0.00895; 0.334)	0.039	Pearson
Corrélation entre l'échelle SWING (n=137)					
Présence d'un syndrome d'épuisement professionnel	12.3 (±5.59)	7.91 (±3.66)	4.37 [2.80; 5.93]	<0.001	
Et résultat au score d'épuisement émotionnel			0.706 (0.611; 0.782)	<0.001	Pearson
Et résultat au score de dépersonnalisation			0.389 (0.237; 0.523)	<0.001	Pearson
Et résultat au score d'accomplissement professionnel			-0.233 (-0.386; -0.0678)	<0.01	Pearson

Vu, le Directeur de Thèse



CENTRE HOSPITALIER DE VIERZON
N° FINESS 18000051
DR ALAIN ESSAYAN
PRATICIEN HOSPITALIER
N° ADELI 181900192
RPPS 1000 1981 488

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



ROUSSELOT Céline

142 pages – 42 tableaux – 52 figures

Résumé :

La qualité de vie au travail et ses déterminants sont devenus une préoccupation du monde professionnel dont quelques études concernent les médecins généralistes (MG).

L'objectif de cette thèse était d'étudier chez les MG libéraux du Cher :

- 1) Les niveaux de ressentis et les facteurs prédictifs de qualité de vie personnelle (QdVP) et sociale (QdVS), de satisfaction professionnelle (SP), de perception de conflit travail-hors travail (CTHT) ;
- 2) La fréquence de survenue et les facteurs prédictifs d'un syndrome d'épuisement professionnel (SEP) en étudiant notamment le rôle de l'âge par comparaison des MG de 40 ans et moins et de 55 ans et plus.

Nous avons réalisé une étude descriptive transversale via un questionnaire comprenant différentes échelles de mesure dont l'Echelle de Satisfaction de Vie Professionnelle (ESVP), des échelles d'auto-évaluation analogiques de QdVP et QdVS, une partie de l'échelle de Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING) et le Maslach Burnout Inventory (MBI).

Le taux de réponse est de 67 % (137/204).

Les moyennes retrouvées sont : SP : 24,06/35, QdVP : 6,4/10, QdVS : 6,23/10, CTHT : 9,53/24.

Les taux retrouvés par le MBI sont : SEP : 37 %, Epuisement émotionnel élevé : 17 %, Dépersonnalisation élevée : 24 %, Accomplissement professionnel bas : 17 %.

La seule différence statistiquement significative retrouvée entre les classes d'âge concernait la QdVP ($p=0,047$), avec une évaluation moyenne supérieure de 0,9/10 chez les plus jeunes.

Selon les variables étudiées, le nombre de consultations quotidiennes, le nombre d'heures de travail hebdomadaire, le fait de vivre seul ou en couple, et d'être MG installé ou remplaçant apparaissent comme des facteurs prédictifs.

Mots clés : Médecin généraliste, Qualité de vie, Épuisement professionnel, Charge de travail, Génération

Jury :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT

Directeur de thèse : Docteur Alain ESSAYAN

Membres du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

: Professeur Emmanuel GYAN

:

:

:

: Date de soutenance : 26 novembre 2019