

ANNEE 2019

N°

**ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES EN
SAONE ET LOIRE ENTRE 2004 ET 2014**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le jeudi 11 juillet 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BASSET Juliette

Née le 24/06/1987

A Suresnes (92)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2019

N°

**ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES EN
SAONE ET LOIRE ENTRE 2004 ET 2014**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le jeudi 11 juillet 2019

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par BASSET Juliette

Née le 24/06/1987

A Suresnes (92)

Année Universitaire 2018-2019
au 1^{er} Avril 2019

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | | Discipline |
|---|-----------------|-------------------------|---|
| M. | Sylvain | AUDIA | Médecine interne |
| M. | Marc | BARDOU | Pharmacologie clinique |
| M. | Jean-Noël | BASTIE | Hématologie – transfusion |
| M. | Emmanuel | BAULOT | Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| M. | Yannick | BEJOT | Neurologie |
| M. | Alain | BERNARD | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| Mme | Christine | BINQUET | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| M. | Philippe | BONNIAUD | Pneumologie |
| M. | Alain | BONNIN | Parasitologie et mycologie |
| M. | Bernard | BONNOTTE | Immunologie |
| M. | Olivier | BOUCHOT | Chirurgie cardiovasculaire et thoracique |
| M. | Belaïd | BOUHEMAD | Anesthésiologie - réanimation chirurgicale |
| M. | Alexis | BOZORG-GRAYELI | ORL |
| M. | Alain | BRON | Ophtalmologie |
| M. | Laurent | BRONDEL | Physiologie |
| Mme | Mary | CALLANAN | Hématologie type biologique |
| M. | Patrick | CALLIER | Génétique |
| Mme | Catherine | CHAMARD-NEUWIRTH | Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière |
| M. | Pierre-Emmanuel | CHARLES | Réanimation |
| M. | Pascal | CHAVANET | Maladies infectieuses |
| M. | Nicolas | CHEYNEL | Anatomie |
| M. | Alexandre | COCHET | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Luc | CORMIER | Urologie |
| M. | Yves | COTTIN | Cardiologie |
| M. | Charles | COUTANT | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Gilles | CREHANGE | Oncologie-radiothérapie |
| Mme | Catherine | CREUZOT-GARCHER | Ophtalmologie |
| M. | Frédéric | DALLE | Parasitologie et mycologie |
| M. | Alexis | DE ROUGEMONT | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| M. | Serge | DOUVIER | Gynécologie-obstétrique |
| Mme | Laurence | DUVILLARD | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Olivier | FACY | Chirurgie générale |
| Mme | Laurence | FAIVRE-OLIVIER | Génétique médicale |
| Mme | Patricia | FAUQUE | Biologie et Médecine du Développement |
| Mme | Irène | FRANCOIS-PURSELL | Médecine légale et droit de la santé |
| M. | Pierre | FUMOLEAU | Cancérologie |
| M. | François | GHIRINGHELLI | Cancérologie |
| M. | Vincent | GREMEAUX | Médecine physique et réadaptation |
| (Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2019) | | | |
| M. | Pierre Grégoire | GUINOT | Anesthésiologie – réanimation chirurgicale |
| M. | Frédéric | HUET | Pédiatrie |
| M. | Pierre | JOUANNY | Gériatrie |

| | | | |
|-----|------------------|------------------------|--|
| M. | Sylvain | LADOIRE | Histologie |
| M. | Gabriel | LAURENT | Cardiologie |
| M. | Côme | LEPAGE | Hépatogastroentérologie |
| M. | Romarc | LOFFROY | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Luc | LORGIS | Cardiologie |
| M. | Jean-Francis | MAILLEFERT | Rhumatologie |
| M. | Cyriaque Patrick | MANCKOUNDIA | Gériatrie |
| M. | Sylvain | MANFREDI | Hépatogastroentérologie |
| M. | Laurent | MARTIN | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. | David | MASSON | Biochimie et biologie moléculaire |
| M. | Marc | MAYNADIÉ | Hématologie – transfusion |
| M. | Marco | MIDULLA | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Thibault | MOREAU | Neurologie |
| M. | Klaus Luc | MOURIER | Neurochirurgie |
| Mme | Christiane | MOUSSON | Néphrologie |
| M. | Paul | ORNETTI | Rhumatologie |
| M. | Pablo | ORTEGA-DEBALLON | Chirurgie Générale |
| M. | Pierre Benoit | PAGES | Chirurgie thoracique et vasculaire |
| M. | Jean-Michel | PETIT | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Christophe | PHILIPPE | Génétique |
| M. | Lionel | PIROTH | Maladies infectieuses |
| Mme | Catherine | QUANTIN | Biostatistiques, informatique médicale |
| M. | Jean-Pierre | QUENOT | Réanimation |
| M. | Patrick | RAY | Médecine d'urgence |
| M. | Patrick | RAT | Chirurgie générale |
| M. | Jean-Michel | REBIBOU | Néphrologie |
| M. | Frédéric | RICOLFI | Radiologie et imagerie médicale |
| M. | Paul | SAGOT | Gynécologie-obstétrique |
| M. | Emmanuel | SAPIN | Chirurgie Infantile |
| M. | Henri-Jacques | SMOLIK | Médecine et santé au travail |
| M. | Éric | STEINMETZ | Chirurgie vasculaire |
| Mme | Christel | THAUVIN | Génétique |
| M. | Benoit | TROJAK | Psychiatrie d'adultes ; addictologie |
| M. | Pierre | VABRES | Dermato-vénéréologie |
| M. | Bruno | VERGÈS | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques |
| M. | Narcisse | ZWETYENGA | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

| | | | |
|----|------------|--|-----------------------------------|
| M. | Bernard | BONIN (Surnombre jusqu'au 31/08/2019) | Psychiatrie d'adultes |
| M. | Philippe | CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019) | Pneumologie |
| M. | Jean-Marie | CASILLAS-GIL (Surnombre jusqu'au 31/08/2020) | Médecine physique et réadaptation |
| M. | Maurice | GIROUD (Surnombre jusqu'au 31/08/2019) | Neurologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

| | | | Discipline Universitaire |
|-----|-----------------|-------------------------|--|
| M. | Jean-Louis | ALBERINI | Biophysiques et médecine nucléaire |
| Mme | Lucie | AMOUREUX BOYER | Bactériologie |
| Mme | Shaliha | BECHOUA | Biologie et médecine du développement |
| M. | Benjamin | BOUILLET | Endocrinologie |
| Mme | Marie-Claude | BRINDISI | Nutrition |
| M. | Jean-Christophe | CHAUVET-GELINIER | Psychiatrie, psychologie médicale |
| Mme | Marie-Lorraine | CHRETIEN | Hématologie |
| M. | Damien | DENIMAL | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Vanessa | COTTET | Nutrition |
| M. | Hervé | DEVILLIERS | Médecine interne |
| Mme | Ségolène | GAMBERT-NICOT | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme | Marjolaine | GEORGES | Pneumologie |
| Mme | Françoise | GOIRAND | Pharmacologie fondamentale |
| M. | Charles | GUENANCIA | Physiologie |
| Mme | Agnès | JACQUIN | Physiologie |
| M. | Alain | LALANDE | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. | Louis | LEGRAND | Biostatistiques, informatique médicale |
| Mme | Stéphanie | LEMAIRE-EWING | Biochimie et biologie moléculaire |
| M | Maxime | SAMSON | Médecine interne |
| M. | Paul-Mickaël | WALKER | Biophysique et médecine nucléaire |

PROFESSEURS EMERITES

| | | | |
|-----|---------------|---------------------|----------------------------|
| M. | Laurent | BEDENNE | (01/09/2017 au 31/08/2020) |
| M. | Jean-François | BESANCENOT | (01/09/2017 au 31/08/2020) |
| M. | François | BRUNOTTE | (01/09/2017 au 31/08/2020) |
| M. | Jean | CUISENIER | (01/09/2018 au 21/08/2021) |
| M. | Jean-Pierre | DIDIER | (01/11/2018 au 31/10/2021) |
| Mme | Monique | DUMAS-MARION | 01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Jean | FAIVRE | (01/09/2018 au 21/08/2021) |
| M. | Claude | GIRARD | (01/01/2019 au 31/12/2022) |
| M. | Patrick | HILLON | (01/09/2016 au 31/08/2019) |
| M. | François | MARTIN | (01/09/2018 au 31/08/2021) |
| M. | Pierre | TROUILLOUD | (01/09/2017 au 31/08/2020) |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|----|-----------|-------------|-------------------|
| M. | Jean-Noël | BEIS | Médecine Générale |
|----|-----------|-------------|-------------------|

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|----|----------|---------------|-------------------|
| M. | Didier | CANNET | Médecine Générale |
| M. | François | MORLON | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

| | | | |
|-----|---------|----------------------------|-------------------|
| Mme | Anne | COMBERNOUX -WALDNER | Médecine Générale |
| M. | Clément | CHARRA | Médecine Générale |
| M. | Benoit | DAUTRICHE | Médecine Générale |
| M. | Rémi | DURAND | Médecine Générale |
| M. | Arnaud | GOUGET | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|-----------|----------------|---------------------|
| Mme | Lucie | BERNARD | Anglais |
| M. | Didier | CARNET | Anglais |
| Mme | Catherine | LEJEUNE | Pôle Epidémiologie |
| M. | Gaëtan | JEGO | Biologie Cellulaire |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

| | | | |
|-----|----------|---------------|-------------|
| Mme | Marianne | ZELLER | Physiologie |
|-----|----------|---------------|-------------|

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

| | | | |
|-----|-----------|-----------------|---------|
| Mme | Marceline | EVRARD | Anglais |
| Mme | Lucie | MAILLARD | Anglais |

PROFESSEURS CERTIFIES

| | | | |
|-----|----------|---------------------|---------------------|
| Mme | Anaïs | CARNET | Anglais |
| M. | Philippe | DE LA GRANGE | Anglais |
| Mme | Virginie | ROUXEL | Anglais (Pharmacie) |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|-----|----------|----------------|--|
| M. | François | GIRODON | Sciences biologiques, fondamentales et cliniques |
| Mme | Evelyne | KOHLI | Immunologie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

| | | | |
|----|----------|----------------|--------------------------|
| M. | Mathieu | BOULIN | Pharmacie clinique |
| M. | Philippe | FAGNONI | Pharmacie clinique |
| M. | Frédéric | LIRUSSI | Toxicologie |
| M. | Marc | SAUTOUR | Botanique et cryptogamie |
| M. | Antonin | SCHMITT | Pharmacologie |

***NOTE A INSERER APRES LA LISTE DU PERSONNEL DE L'UFR DES SCIENCES DE SANTE,
CIRCONSCRIPTION MEDECINE***

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Pr BONIN Bernard

Membres : Pr SMOLIK Henri-Jacques

Pr BEIS Jean-Noël

Dr MAILLY Patrice

REMERCIEMENTS

AUX MEMBRES DU JURY

Au Professeur Bonin

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos encouragements dans mon travail.

Au Professeur Smolik

Merci d'avoir accepté de juger mon travail en étant membre du jury de ma thèse.

Au Professeur Beis

Merci pour votre implication auprès des étudiants dans le DES de médecine générale. Vous savez être disponible et à l'écoute en cas de besoin. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au Docteur Maily

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Je te remercie pour ta gentillesse, ton soutien et tes encouragements dans ce travail et dans ma pratique professionnelle.

Au Dr D'Athis

Merci pour votre aide dans l'analyse statistique des résultats de cette étude et vos conseils avisés.

A MES PROCHES

A Philippe, qui partage ma vie

Merci pour ta présence à mes côtés au quotidien, ton écoute, tes encouragements et ta confiance. Je souhaite que nous continuions à construire ensemble nos projets futurs.

A mes parents, Laurence et Laurent

Merci d'avoir toujours été là pour moi au fil des années. Vous avez su m'épauler et me guider dans mes prises de décision et mes choix tant privés que professionnels. Votre bénédiction m'est indispensable.

A mes sœurs Jeanne et Louise et mes beaux-frères Charly et Jérémy

Merci pour votre soutien sans faille malgré la distance. Vous savez me comprendre sans me juger et être présents à chaque instant.

A Laure, ma meilleure amie

Un grand merci à toi, présente à mes côtés depuis plus de 20 ans, aussi bien dans les bons que les mauvais moments. On en aura eu des discussions, des fous rires, des confidences ; toi seule connais tous mes secrets.

A MES AMIS

A Pierre, pour notre amitié qui a commencé avec les inventaires et continue à grandir depuis.

A Ivan, pour ta participation informatique à cette thèse.

A Jérôme, pour notre amitié née suite à notre rencontre aux urgences de Nevers.

A Jérémie, pour notre amitié née après nos longues discussions pendant nos périodes de doute.

A Clarisse et Marie, pour notre amitié née au Pérou et nos retrouvailles en week end ou en voyage.

A Juliette et Francesca, mes copines du lycée, qui me soutiennent et m'encouragent toujours.

A mes amis d'internat, les Bourguignons

A Nitya, pour notre belle amitié née à Nevers, qui a continué à Dijon et maintenant à La Réunion.

A David, un vrai ami avec les mêmes valeurs que moi, avec qui je partage plein de bons moments.

A Lucile, véritable amie depuis notre premier semestre à Sens en tant que co interne, malgré ton éloignement.

A Emilie et Samuel, je garde de bons souvenirs de notre colocation à Nevers, j'apprécie votre simplicité et votre authenticité, essayons de nous voir plus souvent.

A tous les autres co-internes de Sens à l'hiver 2012/2013 pour nos soirées déguisées et nos repas améliorés.

A mes amis d'externat, la bande de Niçois

A Julie Eyraud, pour notre amitié née au milieu des révisions de l'ECN à la BU, les pauses coca cola et snickers et les soirées filles dans le Vieux Nice, plein de bonheur pour la suite avec Thibaut.

A Julie Nouchi, Hannah, Marine, pour les belles années d'externat passées ensemble

A Jimmy, de bons souvenirs pendant nos cours d'anglais et notre externat, à bientôt

AUX MEDECINS ET MAITRES DE STAGE

A Roméo et Sinziana : pour votre soutien et votre encadrement lors de mon premier stage, vous avez su enrichir mes connaissances et m'apporter beaucoup grâce à votre professionnalisme.

A l'équipe de pédiatrie de Nevers et des urgences: vous avez rendu ces stages parfaits aussi bien par les connaissances transmises que par l'ambiance et les rencontres humaines.

A l'équipe du SSR de Charolles : vous êtes formidables et vous m'avez même fait hésiter dans mon choix professionnel futur.

Au Saspas : merci à mes maîtres de stage pour leur formation et leurs conseils précieux, autant au niveau médical qu'humain, vous avez été des modèles et m'avez conforté dans mon choix de médecine générale de campagne. Je prends plaisir à revoir Sylvie et Jean Marc en GEP.

A Mara, Jean Philippe et Joke : merci de m'avoir accueillie pendant mon stage de premier niveau et de m'avoir donné gout à la médecine générale semi rurale, au point de me donner l'envie de monter ce projet de cabinet médical de groupe et de m'installer avec vous. Malgré la dissolution de notre groupe, je vous souhaite de vous épanouir dans vos nouveaux projets.

A toute l'équipe médicale et paramédicale de la MSP de Charolles : votre accueil et votre gentillesse à tous m'ont encouragé à venir m'installer avec vous, un grand merci ! Mention spéciale à Guillaume pour nos points de vue rapprochés sur la vision de la médecine générale d'aujourd'hui, le choix de la Bourgogne, les projets futurs à venir et ton soutien dans ce travail.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| TABLEAUX..... | 12 |
| ABREVIATIONS..... | 13 |
| INTRODUCTION..... | 14 |
| I. UNE INEGALITE TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS..... | 15 |
| A. Généralités | 15 |
| B. Un outil utile: les cartes interactives Géosanté | 16 |
| C. Définition du milieu rural | 16 |
| D. Tendances actuelles démographiques | 17 |
| E. Souhait des internes en médecine générale..... | 17 |
| F. Devenir des jeunes diplômés | 17 |
| G. Zoom sur la Bourgogne | 18 |
| 1. Mesures mises en place en Bourgogne..... | 19 |
| 2. Mesures mises en place en Saône et Loire | 19 |
| II. DEMOGRAPHIE MEDICALE DES MEDECINS GENERALISTES | 21 |
| A. En France..... | 21 |
| B. En Bourgogne | 22 |
| C. En Saône et Loire..... | 23 |
| III. QUALITE DE VIE | 25 |
| A. Définition..... | 25 |
| B. Mesures..... | 26 |
| C. Qualité de vie des médecins généralistes | 26 |
| IV. MATERIELS ET METHODES | 29 |
| A. Type d'étude..... | 29 |
| B. Population de l'étude | 29 |
| C. Déroulement de l'étude | 29 |
| D. Questionnaire..... | 29 |
| E. Critère principal et critères secondaires | 30 |
| F. Enregistrement des données..... | 30 |
| G. Analyses statistiques | 30 |
| V. RESULTATS..... | 31 |
| A. Nombre de participants | 31 |

| | | |
|-----|--|----|
| B. | Caractéristiques générales des participants | 31 |
| 1. | Age et sexe | 31 |
| 2. | Conditions d'exercice | 32 |
| 3. | Fonctionnement du cabinet | 32 |
| 4. | Activité professionnelle..... | 33 |
| C. | Questionnaire WHOQOL BREF d'évaluation de la qualité de vie..... | 34 |
| 1. | Deux items globaux : Qualité de vie générale et santé générale..... | 35 |
| 2. | Domaine 1 : Santé physique..... | 36 |
| 3. | Domaine 2 : Santé psychologique | 38 |
| 4. | Domaine 3 : Relations sociales..... | 39 |
| 5. | Domaine 4 : Environnement | 40 |
| VI. | DISCUSSION | 42 |
| A. | Taux de réponse | 42 |
| B. | Choix du questionnaire | 42 |
| C. | Biais | 42 |
| D. | Points positifs de l'étude..... | 43 |
| E. | Discussion des résultats | 44 |
| 1. | Catégories socio-professionnelles..... | 44 |
| 2. | Questionnaire WHOQOL BREF et corrélations..... | 44 |
| F. | Revue de la littérature sur la qualité de vie des généralistes | 49 |
| G. | Propositions..... | 50 |
| | CONCLUSION | 52 |
| | BIBLIOGRAPHIE..... | 53 |
| | ANNEXES..... | 58 |

TABLEAUX

Tableau 1 : Age et sexe des médecins participants

Tableau 2 : Mode et type d'exercice des répondants

Tableau 3 : Type de patientèle dominante des médecins généralistes concernés

Tableau 4 : Présence ou non d'un secrétariat au cabinet

Tableau 5 : Présence ou non d'une femme de ménage au cabinet

Tableau 6 : Type de consultation des médecins interrogés

Tableau 7 : Participation à des échanges de pratique au cabinet ou en dehors

Tableau 8 : Nombre de demi-journées travaillées par semaine par les médecins répondants

Tableau 9 : Nombre de consultations par jour, de semaines de vacances par an et de gardes annuelles de week-end effectuées par les médecins généralistes interrogés

Tableau 10 : Nombre de visites par jour effectuées par les participants

Tableau 11 : Mode et type d'exercice des médecins répondants selon le genre

ABREVIATIONS

ALD : affection de longue durée

ARS : agence régionale de santé

CESP : contrat d'engagement de service public

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

DES : diplôme d'études spécialisées

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : épreuves classantes nationales

EVA : échelle visuelle analogique

INPES : institut national de prévention et d'éducation de santé

INR : international normalized ratio

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

ISNAR –IMG : inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MSA : mutualité sociale agricole

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire

OMS : organisation mondiale de la santé

PAPS : portail d'accompagnement des professionnels de santé

PTMG : praticien territorial de médecine générale

RSA : revenu de solidarité active

RTT : réduction du temps de travail

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SIM 71 : soutien aux installations médicales dans le département 71

URPS : union régionale des professionnels de santé

WHOQOL : World Health Organization Quality of Life

INTRODUCTION

La médecine générale a une place très restreinte dans le cursus avec peu de cours magistraux et de stages : c'est l'hôpital qui est au premier plan avec ses spécialistes et ses plateaux techniques de pointe, ce qui peut faire déconsidérer la médecine générale.

Celle-ci, découverte ainsi tardivement dans les études, reste une notion mal connue, voire obscure, donc peu attirante au moment du choix de spécialité par les étudiants. Il en découle un nombre important de postes non pourvus à l'internat de médecine générale, ce qui pénalise certaines régions déjà touchées par la pénurie de médecins.

Les internes en médecine générale manquent d'une part de formation et de temps passé en médecine ambulatoire, d'autre part d'enseignements concrets sur l'installation, les aides possibles et l'organisation du cabinet (1) : ceci explique la crainte d'une installation en libéral à la fin de l'internat et donc la préférence pour des remplacements.

Actuellement, beaucoup de médecins partent en retraite sans trouver de successeurs, en zones rurales aussi bien qu'urbaines, et les médecins actifs n'acceptent pas tous de nouveaux patients. Ainsi un patient doit avoir un médecin traitant, mais peut ne pas avoir l'accessibilité aux soins (alors qu'ailleurs certaines zones restent surdotées en médecins). C'est pourquoi la démographie médicale est au cœur de tous les débats et des nouveaux projets de loi : l'Etat cherchant à étendre de plus en plus son contrôle sur les pratiques professionnelles. En effet, les ébauches de projets visent à favoriser le lien entre la médecine libérale et les hôpitaux de proximité, à miser sur le travail en réseau via les communautés professionnelles territoriales de santé, et à créer de nouveaux métiers de soignants, de nouveaux modes de rémunération et de nouveaux biais de sélection et formation des médecins.

Mais il y a un autre phénomène à considérer : au contraire des médecins issus du « baby-boom », les jeunes médecins actuels souhaitent un rythme de travail plus proche des 35 heures par semaine comme pour la population générale, réalisant ainsi un certain compromis entre vie professionnelle, vie familiale et loisirs (2).

Ils cherchent plus généralement une bonne qualité de vie, difficile à définir en raison de son aspect subjectif et multidimensionnel, mais cette recherche devient prépondérante dans le monde actuel.

Ce sujet de thèse a pour origine une discussion avec un maître de stage de niveau 1, qui exerçait en milieu semi rural, et qui a porté sur l'exercice futur en libéral et la qualité de vie associée, surtout pour une femme. On s'intéressait particulièrement au département de Saône et Loire, très actif dans la recherche d'améliorations, qui a créé des incitations financières et des centres de santé départementaux.

On s'est alors donné pour objectif principal d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes en zone défavorisée, et pour objectif secondaire de voir si certains facteurs comme le mode ou le lieu d'exercice avaient un impact. Pour cela on a visé la population des médecins installés entre 2004 et 2014 en Saône et Loire, l'information à recueillir étant un score de qualité de vie.

I. UNE INEGALITE TERRITORIALE DANS L'ACCES AUX SOINS

A. Généralités

L'OMS évoque en 2000 « *un accès équitable aux soins pour tous en tout point du territoire* ». Pourtant, nous sommes à l'heure actuelle en France loin de l'objectif concernant cette accessibilité aux soins. Malgré cela, l'OMS classe premier le système de soins en France parmi les différents dans le monde (3).

Toutefois le système de soins français est en adaptation permanente pour tenter des améliorations.

On peut citer la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoire) dont l'article L4130-1 définit les missions du médecin généraliste de premier recours : prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des maladies, orienter les patients, coordonner les soins, appliquer de façon individualisée les recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés, synthétiser les informations transmises par les différents professionnels de santé, participer à la permanence de soins, contribuer à la formation des étudiants en médecine (4, 5).

On pense également à la réforme médecin traitant entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2005 suite à la loi du 13/08/2004 où tout assuré de plus de 16 ans doit choisir un médecin traitant en charge de coordonner son parcours de soins (5, 6). Il existe toutefois un accès direct pour consulter les pédiatres, ophtalmologues, psychiatres, gynécologues et stomatologues. Ceci pour permettre de limiter des accès non justifiés vers les spécialistes qui voient leur nombre diminuer aussi.

D'autre part, en 2015 la moyenne de déplacement des patients pour avoir accès à un médecin généraliste est de 5,1km contre 4,3km en 2005, ce qui montre la baisse des médecins généralistes en France (7). Toutefois cette distance est multipliée par 11,5 pour certaines communes de Mayotte et par 6 pour certaines communes de Corse, traduisant une répartition hétérogène entre les territoires.

De plus, les plus de 60 ans (et surtout la tranche 60-74 ans et ceux en ALD) consomment plus de soins, mais se trouvent aussi sur des territoires à densité faible, dans la France intérieure (8). Les distances d'accès à un médecin généraliste sont alors supérieures à la moyenne nationale, et pourtant ils ont besoin de soins, plus que les autres.

En 2015, la moyenne annuelle était de 4,6 actes de médecine générale par bénéficiaire allant de 3,6 actes pour les moins de 30 ans contre 7,7 actes pour les plus de 75 ans, avec des variations par département. Ces chiffres varient inéluctablement avec la démographie médicale et la densité de médecins.

Plusieurs sources sont d'accord sur le fait qu'il existe une corrélation entre la consommation de soins et le taux de pauvreté (8). Par exemple, les départements à forte prévalence de diabète correspondent à quelques exceptions près, aux départements où le nombre de bénéficiaires du RSA (population « pauvre ») est largement supérieur à la moyenne nationale.

En résumé, on peut dire qu'il existe un lien entre la densité faible, la baisse significative des médecins généralistes, une forte présence de personnes retraitées, une forte part d'ALD, une forte part de bénéficiaires du RSA et une population aux revenus inférieurs à la moyenne nationale.

Même si l'Île de France, le Sud de la France et les grandes métropoles attirent encore les médecins, certaines zones comme la Bourgogne sont à faible densité de médecins. Il existe une réelle inégalité de la répartition géographique et ceci malgré des mesures incitatives.

Selon une étude de la DREES, « 90% des inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux s'observent entre les bassins de vie d'une même région » (9). Le réel enjeu n'est donc pas forcément d'attirer les médecins dans telle ou telle région, dans le Nord plutôt que le Sud, mais plutôt de mieux les répartir au sein d'une même et unique région.

Selon l'article L1434-7 du Code de santé publique « les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins, volet ambulatoire, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale » (10). On parle alors de zones fragiles.

Ainsi, devant cette inégalité territoriale, une proposition d'amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2007 a envisagé de déconventionner les jeunes médecins voulant s'installer dans des endroits déjà bien lotis. Mais les mesures coercitives ne semblent pas être la bonne solution pour les futurs professionnels comme le prouvent les grèves et les annulations de ces projets de loi.

Ce déficit de médecins généralistes complique l'accès aux soins de premier recours et engendre un problème de régulation aux urgences avec une augmentation du flux pour des motifs non urgents.

B. Un outil utile: les cartes interactives Géosanté

L'URPS a imaginé un schéma de démographie médicale créé par la société Géosanté (11).

Ceci analyse l'évolution de la démographie médicale médecin par médecin et à la dimension de chaque cabinet médical. Ce schéma est basé sur les bassins d'activité pour mieux estimer les besoins réels.

Ainsi on définit des niveaux de risque pour chaque bassin d'activité:

risque 1 : le médecin généraliste a plus de 55 ans

risque 2 : les médecins généralistes ont plus de 55 ans

risque 3 : plus de 50% des médecins généralistes ont plus de 55 ans

ou pas de risque

Ceci a pour objectif de tenter de déclencher une installation si la population est supérieure à 1000 habitants sans médecin généraliste, déclencher une installation s'il existe une variation de plus de 30% du nombre moyen d'habitants pour un médecin généraliste, ou proposer une réorganisation en cas de disparition du médecin généraliste mais avec une population qui ne nécessite pas la poursuite d'une activité médicale.

Voici la situation démographique de la Saône et Loire (Annexe 1).

C. Définition du milieu rural

Au départ en 1999 l'INSEE parle de zone rurale pour une ville de moins de 2000 habitants.

Mais plus tard en 2011 toujours pour l'INSEE, c'est « tout ce qui n'est pas inclus dans une aire urbaine » (12, 13). On ne tient plus compte du nombre d'habitants mais du nombre d'emplois au sein d'une zone donnée.

Souvent, le médecin rural est le premier recours de l'accès aux soins en raison de l'éloignement des hôpitaux et du nombre plus faible de spécialistes.

Les visites à domicile prennent plus de temps aux médecins exerçant en zone rurale qu'urbaine en raison d'une infrastructure moins développée et de distances plus grandes (14).

Par contre, la vie en zone rurale donne accès à une habitation plus spacieuse et moins chère avec souvent un extérieur ou une piscine. Toutefois, il y a quelques années encore, de nombreux médecins habitaient à la même adresse que leur cabinet médical (14, 15).

L'image du médecin rural est donc celle d'une personne polyvalente et disponible de par la proximité des patients et le lieu de vie qui se confond parfois avec le lieu professionnel (15).

D. Tendances actuelles démographiques

La démographie médicale change avec une augmentation du nombre de retraités : plus de 40% des médecins ont entre 50 et 59 ans. Beaucoup de retraités gardent une activité à temps partiel. Ainsi, la pyramide des âges est défavorable avec l'augmentation des départs en retraite.

La population des médecins se féminise et la part de médecins étrangers augmente.

Selon une projection de la DREES, la tendance des médecins généralistes en 2040 va vers « une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée » (16).

Par ailleurs, les besoins sont de plus en plus importants en raison de la population qui augmente et vieillit. Entre 1979 et 2017, la croissance de la population des médecins en activité totale a été 4 fois supérieure à celle de la population française mais celle-ci est très vieillissante (8). Ainsi on compte de plus en plus de maladies chroniques et de patients poly pathologiques, beaucoup plus chronophages pour les médecins.

Bien qu'on observe en 2015 une augmentation du nombre de médecins formés et un numerus clausus qui monte, le réel impact n'arrivera que dans une dizaine d'années, d'où la projection en 2040.

Les années à venir devraient donc voir encore une aggravation de cette démographie médicale.

E. Souhait des internes en médecine générale

Les jeunes sont prêts à s'installer et travailler dans des zones moins denses à condition de trouver un tissu social avec des relations humaines et un espace de vie autour de leur lieu d'exercice (les commerces de proximité sont indispensables pour 72% des internes interrogés) (1). Ils veulent trouver une organisation de travail cohérente centrée sur le patient (90% des internes interrogés veulent pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, infirmières ou cabinet d'imagerie à proximité) (1). Ceci redonne de l'espoir quant à l'installation de jeunes médecins dans des zones peu denses, reste à respecter leurs attentes en encourageant le maintien des commerces de proximité et les relations humaines et amicales.

Peu changent de leur région d'internat (autant dans la région Sud que dans la région Nord). Il est étonnant de voir que seuls 5% des internes connaissent les aides à l'installation qui existent (1).

F. Devenir des jeunes diplômés

Les jeunes médecins restent craintifs après des études en milieu hospitalier qui ne les ont pas familiarisées avec les zones rurales.

Ainsi, la tendance actuelle est à la baisse des médecins libéraux. Ils représentent moins de 10% des nouveaux inscrits au conseil national de l'ordre des médecins (8). Pendant ce temps, on remarque une augmentation continue de la proportion de médecins nouvellement diplômés qui optent pour des remplacements. Ainsi, le statut de remplaçant est privilégié en fin d'internat et la collaboration intéresse 2 fois plus les femmes que les hommes (1).

Les jeunes diplômés ont-ils peur d'un emploi du temps trop chargé? Redoutent-ils la lourdeur administrative et des charges ?

On sait que les principaux freins à l'installation sont la gestion administrative du cabinet, la comptabilité, la fiscalité et la mauvaise considération par les patients, et ce alors que les médecins salariés n'ont pas de comptabilité, moins d'administratif et profitent des RTT et des congés payés ainsi que des avantages sociaux.

Il faut donc optimiser les conditions d'exercice des médecins en rendant attractifs les territoires et en proposant un meilleur fonctionnement tout en maîtriser au mieux les dépenses de santé.

G. Zoom sur la Bourgogne

Comme sûrement dans beaucoup d'autres endroits, les principaux freins à l'installation qui ressortent sont la gestion du cabinet (tâches administratives, gestion des charges financières), la difficulté à trouver un remplaçant, l'activité professionnelle du conjoint pour 73% des médecins, l'isolement professionnel pour 77% d'entre eux et le temps de travail (17).

Tandis que les facteurs poussant à une installation libérale sont la liberté d'exercice, l'autonomie et le rapport privilégié avec le patient ; l'exercice regroupé ou les projets pluri professionnels avec mutualisation des moyens et échange de pairs. La proximité d'un plateau technique joue plutôt sur le lieu d'installation (18).

Par ailleurs, la majorité des médecins installés en secteur rural sont originaires du milieu urbain (18). C'est donc les stages et les remplacements qui tiennent une place primordiale dans l'installation. Il faut donc encourager le recrutement de maîtres de stage en milieu rural. Les jeunes installés privilégient la collaboration et l'exercice en cabinet de groupe (18).

On peut donc conclure qu'il faut proposer plus de maîtres de stage universitaires et de lieux d'accueil, surtout en rural, avec des stages et des remplacements qui permettront de connaître le secteur ; la poursuite d'exercice regroupé ; un allègement des charges et du temps administratif ; proposer le statut de collaborateur libéral ; promouvoir le développement du territoire (lieu de vie et espace d'accueil) (17, 18).

D'après une enquête menée en 2015 auprès de 144 médecins généralistes du mâconnais, 46% des généralistes se disent concernés par un épuisement professionnel (19). Les éléments les plus pesants qui ressortent sont « la charge administrative », « la gestion du temps » et « les demandes et exigences des patients » (19). 36% ne se font pas remplacer, surtout chez les médecins exerçant seuls. 75% participent au tour de garde, ce qui est supérieur à la moyenne nationale de 60% (19). Selon eux, l'accessibilité sur leur territoire est mauvaise pour les psychiatres, neurologues, ophtalmologues et rhumatologues et problématique pour les cardiologues, pneumologues et gynécologues (délai trop long, nécessité d'appeler soi-même pour obtenir des délais décents).

Leurs suggestions d'amélioration reposent sur l'allègement des charges administratives, la revalorisation de la rémunération, l'accélération de la prise en charge des patients nécessitant des

soins spécialisés, plus de confraternité locale et l'incitation à l'installation de jeunes médecins généralistes pour faire face aux départs en retraite non compensés et à l'augmentation de la demande de soins de premier recours (19).

Ils conseillent aux jeunes qui voudraient s'installer de le faire en groupe ou en pôle pluridisciplinaire, d'aménager le temps de travail dès le départ voire de prévoir une activité mixte et de se créer un réseau de confrères (19).

1. Mesures mises en place en Bourgogne

Lorsque Marisol Touraine était ministre de la Santé, elle a lancé le « Pacte Territoire Santé » dans l'objectif de voir reculer les inégalités entre les territoires. Ce projet a été adapté à l'échelle de la région Bourgogne avec un projet régional de santé élaboré par l'ARS de Bourgogne entre 2012 et 2016 (20). Des réunions d'échange entre les préfetures, l'ARS, les professionnels, la CPAM et un comité régional d'animation territoriale de santé ont été organisées en mars 2013 (20).

Les objectifs de pacte en Bourgogne étaient de (20):

- Changer la formation et l'installation des jeunes médecins

Le stage de médecine générale devient obligatoire pour tous les étudiants du 2^{ème} cycle, 1500 bourses CESP et 200 contrats de PTMG sont contractés, des référents à l'installation uniques dans chaque région sont mis en place. Le PAPS est créé pour accompagner les professionnels de santé, faciliter leur installation dans des territoires fragiles et les orienter sur les aides.

- Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

Le but est de favoriser le travail en équipe au sens large selon le modèle de la première MSP créée à St Amand en Puisaye en 2005. On prône le développement de la télémédecine et le transfert de compétence (« dépistage itinérant de la rétinopathie diabétique avec délégation des actes d'un ophtalmologue à un orthoptiste » (20)).

- Investir dans les territoires isolés

Le but est de garantir l'accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes, partout sur le territoire, et de favoriser la coordination entre les hôpitaux de proximité et les soins ambulatoires.

2. Mesures mises en place en Saône et Loire

Le conseil départemental de l'ordre des médecins de Saône et Loire a mis en place des actions (21):

- La recherche de maîtres de stage universitaires, notamment pour combler le manque sur l'ouest du département

Toutefois, malgré 12 internes passés en stage à St Leger sur Dheune, un seul s'y est installé (22).

- L'organisation de réunions sur le terrain et une permanence hebdomadaire de l'ordre à la faculté de Dijon pour parler des territoires
- Un accompagnement des jeunes médecins par la CPAM et une diminution des tâches administratives
- Un soutien aux médecins en difficulté (surmenage, agression) pour éviter qu'ils arrêtent

Dispositif « installe un médecin » et SIM 71

Mis en place en Saône et Loire dès 2013, le dispositif « installeunmédecin.com » propose une possible bourse d'étude pour les étudiants, une aide financière et humaine à l'installation, un temps de découverte du territoire pour les professionnels de santé et une aide au financement d'un cabinet de recrutement et d'investissement immobilier pour les collectivités territoriales (23, 24, 25, 26).

Il existe aussi une mission SIM 71 qui consiste en un accompagnement du projet d'installation, l'aide dans les démarches professionnelles et extra-professionnelles, la présentation du territoire et des aides et un volet communication (internet, réseaux sociaux, faculté de médecine, salons professionnels) (24, 26).

On compte 92 bénéficiaires d'aides financières dont 28 en 2016 ce qui a représenté 1 million d'euros (26).

Toutefois, les incitations financières ne sont pas un « critère déterminant dans le choix d'installation », d'où un succès très relatif et des limites rapidement atteintes.

Centres de santé départementaux

Devant l'échec des précédents dispositifs et en réponse à la demande grandissante de postes salariés en lien avec la féminisation, d'exercice en groupe, de moins d'administratif et d'une qualité de vie préservée, le Président du département de Saône et Loire a misé sur la création de centres de santé départementaux, une première expérimentation en France (23, 26, 27, 28).

Les centres de santé sont des structures de soins de proximité gérées par les collectivités territoriales. Le but est de diminuer les inégalités sociales de santé en répondant aux besoins du territoire et notamment dans les bassins de vie frappés par la désertification médicale avec la présence de médecins généralistes au plus près des patients. Cela permet une amélioration de l'offre sanitaire et un accès aux soins pour tous grâce au tiers payant et à un plateau technique adapté (27, 28).

Ce dispositif propose une offre attractive pour les médecins avec un exercice salarié, des locaux à disposition, un travail en équipe avec un relais administratif et des secrétaires salariées du département. Les médecins ont un contrat de 35 heures hebdomadaires et obtiennent le statut de fonctionnaire territorial (26, 27).

Ces centres de santé leur laissent plus de temps libre pour les loisirs, pour créer des liens sociaux et des interactions sociales et permettent d'adapter son rythme à ses capacités physiques ce qui correspond aux critères d'installation des jeunes médecins.

Au niveau des pouvoirs publics, les centres de santé prônent la pluridisciplinarité, la coordination des soins et un dossier médical commun (23, 27).

Ainsi a démarré le recrutement de 30 médecins généralistes salariés mobiles pour couvrir les zones en déficit de professionnels de santé sur le territoire. On compte à ce jour 4 centres de santé territoriaux, dont le premier a ouvert à Digoin le 25 janvier 2018, et 45 antennes associées pour permettre la coordination des soins et l'équité territoriale (28).

II. DEMOGRAPHIE MEDICALE DES MEDECINS GENERALISTES

A. En France

On note des différences entre les chiffres fournis par le conseil national de l'ordre des médecins et l'INSEE.

En 2017, on compte 88 137 médecins généralistes en activité régulière (46 674 hommes et 41 461 femmes), soit une baisse de 9,1% par rapport à 2007. Selon la projection, la baisse va se poursuivre avec en 2025 une prévision de 79 262 généralistes (8, Annexe 2).

Genre et âge moyen

Selon la pyramide des âges, les hommes représentent 53% de l'effectif et ont 54 ans en moyenne (8, Annexe 3).

Les femmes représentent 47% de l'effectif et ont 49 ans en moyenne (8).

28% des médecins généralistes en France ont plus de 65 ans tandis que 17% ont moins de 40 ans (8).

Les médecins généralistes de plus de 65 ans se trouvent surtout en Centre Val de Loire, Nouvelle Aquitaine, Provence Alpes Côte d'Azur et Corse. Ceux âgés de moins de 40 ans sont plus nombreux en Auvergne Rhône Alpes, Pays de la Loire, Haut de France et Grand Est (8, Annexe 4).

Activité et mode d'exercice

63% ont une activité libérale ou mixte et 37% ont une activité salariée.

Le mode d'exercice varie selon le sexe : les femmes généralistes sont presque autant à avoir un exercice libéral que salarié alors que les hommes généralistes exercent bien plus souvent en libéral (8, Annexe 5).

L'atlas de la démographie médicale du conseil national de l'ordre des médecins montre sur les dix dernières années une baisse de l'exercice libéral de 13,5% au profit de l'exercice salarié ou mixte. Les jeunes souhaitent plus que jamais préserver et améliorer leur qualité de vie au détriment du mode d'exercice ou de la rémunération.

Densité médicale

La densité moyenne des médecins généralistes en France est de 126,8 pour 100 000 habitants, avec un intervalle de confiance allant de 122,4 à 131,2.

Ce sont globalement les côtes et le sud qui ont une plus forte densité en médecins généralistes tandis que le centre de la France a une densité plus faible (8, Annexe 6).

En 2015, la densité des médecins généralistes est la plus faible en Ile de France, dans le Centre et en Picardie alors qu'elle est la plus haute en Languedoc Roussillon, Provence Alpes Côte d'Azur et Limousin (29, Annexe 7).

On voit aussi que la densité des généralistes libéraux et mixtes est en baisse entre 2007 et 2015 dans toutes les régions de France sans exception, malgré des variations, ce qui rend l'offre de soins de plus en plus restreinte et l'accès aux soins difficile. L'Ile de France enregistre la plus forte baisse de densité médicale en généralistes, suivie par la Bourgogne et la région Provence Alpes Côte d'Azur. A l'opposé, les régions Franche-Comté, Corse et Alsace enregistrent les plus faibles diminutions de densités médicales sur la période 2007/2015 (29).

Les médecins généralistes en activité régulière voient leur nombre diminuer dans toutes les régions entre 2010 et 2017 sauf dans la région des Pays de la Loire, en Corse et dans les départements d'outre-mer (8, Annexe 8).

Pour cette période, la plus forte baisse du nombre de généralistes est pour la région Bretagne (-30%), l'Occitanie (-18%) et l'Île de France (-15,5%) tandis que la plus forte hausse des médecins généralistes en activité régulière sur la période de 2010 à 2017 est à Mayotte (+26%), en Guyane (+20%) et en Guadeloupe (+9,6%) (8).

A l'échelle départementale, la Nièvre recense la plus forte diminution (-27%) du nombre de médecins en activité régulière sur la période 2010/2017 avec un nombre d'habitants qui diminue de 5% mais une population vieillissante et poly pathologique. La ville de Paris est le 2ème département à enregistré la plus forte baisse (-25%) avec une population générale qui se stabilise. L'Indre et l'Yonne sont au 3ème rang (-23%) avec une population générale qui a baissé de 4% en Indre et stable dans l'Yonne mais avec de plus en plus de personnes âgées. A contrario, les départements avec la plus forte variation du nombre de généralistes entre 2010 et 2017 sont la Loire Atlantique (+9%), la Savoie (+8%) et les Landes (+4%) avec des augmentations de la population générale (8).

D'après la projection démographique médicale à 2025 de la DREES, il devrait y avoir une diminution du nombre de médecins généralistes en raison de la féminisation de la profession, le départ en retraite de la génération du « baby-boom » et le changement du mode d'exercice au profit de l'exercice salarié. C'est en 2025 que la densité de médecins en France sera la plus faible (30).

Pour contrecarrer cette baisse de la démographie, il faudrait soit modifier le cursus des études médicales, changer l'âge de départ en retraite ou modifier le choix du lieu et du mode d'installation.

La loi Fillon du 21/08/2003 permet de cumuler la retraite avec une activité partielle d'où le nombre élevé de médecins retraités actifs (31). Cependant, le fait d'allonger les études du DES de médecine générale d'un an comme cela a été discuté pendant une période, aggraverait encore plus le déficit médical.

B. En Bourgogne

Selon un communiqué de l'ARS du 7 décembre 2017, 68% de la population vit sur un territoire éligible à des aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé en Bourgogne Franche Comté (32). Ceci signifie que deux tiers des territoires de la région sont considérés comme des zones fragiles et sous dotées en médecins.

D'après l'arrêté du 10 juillet 2014, le nombre d'internes à former sur la période 2014 à 2018 est de 545 en médecine générale pour un nombre total d'internes de 1165 sur cette même période.

La Bourgogne est peu attractive aux ECN avec 54,8% des postes de médecine générale pourvus contre 84% au niveau national en 2011 selon un bulletin d'information statistique publié par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

En 2015, on compte 1564 médecins généralistes libéraux et mixtes soit une baisse de 13,1% sur la période de 2007 à 2015 : ils sont plus nombreux en Côte d'Or puis en Saône et Loire, dans l'Yonne et dans la Nièvre. La projection 2020 est de 1433 médecins généralistes soit encore -8,3% entre 2015 et 2020 (33, Annexe 9).

Genre et âge moyen

L'âge moyen est de 53 ans, allant de 51,9 ans pour la Côte d'or à 55,6 ans dans la Nièvre.

Les hommes représentent 65% des généralistes libéraux et mixtes et ont en moyenne 55 ans.

Les femmes représentent donc 35% des généralistes et ont en moyenne 50 ans (33, Annexe 10).

Les médecins généralistes libéraux et mixtes de plus de 60 ans sont 31% tandis que ceux de moins de 40 ans sont 12%, dont 54% sont des femmes, traduisant une nouvelle fois la féminisation du métier (5, 33).

Activité et mode d'exercice

Cinq ans après la première inscription, les médecins généralistes bourguignons exercent à 44.4% en mode salarié, à 37% en mode libéral, 11,1% ont un exercice mixte et 7,4% font des remplacements (33).

Densité médicale

D'après le ministère des solidarités et de la santé et l'ARS, on compte 9,6 médecins généralistes pour 10 000 habitants en Bourgogne Franche Comté contre 10,5 en France métropolitaine, donc une densité en généralistes plus faible que la moyenne nationale (34).

Selon l'ARS au 01/01/2016, la densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants est de 90,7 en Bourgogne mais n'est pas homogène sur la région (110,1 en Côte d'or; 81,9 dans la Nièvre ; 83,6 en Saône et Loire et 77,6 dans l'Yonne) contre 104,2 au niveau national (35, Annexe 11).

Les 92 bassins de vie de Bourgogne, que l'INSEE définit comme « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus courants » (36), regroupent 17 médecins généralistes libéraux et mixtes en moyenne (33). Selon l'Annexe 12, entre 2007 et 2015, 58 bassins de vie ont noté une diminution du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes, 19 bassins de vie gardent leurs effectifs alors que 15 notent une augmentation oscillant de 50% (Pont-sur-Yonne) à 2,1% (Beaune).

Sur cette même période, d'après l'INSEE, la densité de la population a augmenté de 3,7%, dont une augmentation de 27,1% des retraités et 11% de cette population a plus de 75 ans. La demande de soins ne cesse donc d'augmenter alors que la densité des médecins diminue.

C. En Saône et Loire

Parmi les 162 nouveaux médecins généralistes inscrits en Bourgogne en 2012, 19,8% ont choisi la Saône et Loire (5).

Le nombre de médecins généralistes en Saône et Loire était de 650 en 2015. Ce nombre est en baisse constante avec une projection à 613 en 2020. A contrario, le nombre de spécialistes augmente légèrement mais progressivement (+10 spécialistes en 5 ans selon la projection) (33, Annexe 13).

Si on ne tient compte que des généralistes ayant un exercice libéral ou mixte, ils étaient 441 en 2015 et la projection pour 2020 est à la baisse avec une estimation à 402.

Le département de Saône et Loire rapporte une baisse de 11% de ses médecins généralistes entre 2007 et 2016, touchant non seulement les zones rurales mais aussi les agglomérations (23). C'est dans l'Est et l'Ouest du département que le déficit se fait le plus sentir, avec par exemple à Bourbon Lancy une baisse des effectifs de 37,5% entre 2007 et 2016.

Genre et âge moyen

L'âge moyen des généralistes est de 52 ans et 42% sont des femmes. On remarque que 29% de ces médecins généralistes ont 60 ans ou plus tandis que 14% d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans (33, Annexe 14).

Si on ne tient compte que des généralistes libéraux et mixtes, la moyenne d'âge en Saône et Loire est un peu plus élevée à 53,4 ans. 29,3% des médecins ont plus de 60 ans tandis que 12,9% ont moins de 40 ans et 46,9% exercent seul (33, Annexe 15). On comprend que les jeunes tendent plus vers un exercice salarié.

Activité et mode d'exercice

53,7% ont un exercice libéral, 33,4% ont un exercice salarié et 12,9% ont un exercice mixte (5).

Lors de la première inscription à l'ordre, cela est différent avec un exercice libéral dans 44,4% des cas et un exercice salarié à 55,6%. Cinq ans après la première inscription, les médecins généralistes exercent à 75% en salarié et 25% en libéral (33), montrant la ferveur du salariat aux dépens de libéral.

Densité médicale

La densité des médecins généralistes en activité régulière en 2015 est de 125,9 pour 100 000 habitants en Saône et Loire et la projection pour 2020 est en baisse avec un chiffre à 122 (33, Annexe 16).

61% des médecins généralistes participent à la permanence des soins, qui est maintenant basée sur le volontariat. Seuls 21 secteurs ont une permanence des soins complète au 06/09/2016 selon un communiqué du président du conseil de l'ordre des médecins de Saône et Loire, le Dr Montagnon (37). Dans certains secteurs, il n'y a plus de médecin de garde le soir en semaine, et même parfois le week end. Dans ce cas, les patients contactent le 15 ou se rendent aux urgences.

III. QUALITE DE VIE

A. Définition

Le concept de « qualité de vie » est récent : il serait né dans les années 1950 aux Etats Unis pour définir une aisance matérielle. C'est lors d'un discours que le Président américain Johnson explique que l'évaluation d'une vie satisfaisante ne peut se restreindre à une profusion de biens matériels. Par la suite, les notions de loisirs, vacances, éducation, santé, bien être et économie ont été intégrées à la définition de la qualité de vie, que de nombreux chercheurs ont tenté de préciser.

Selon les dires de Fradier en 1976, on ne peut pas mettre de côté la dimension économique car « *un individu a besoin d'un minimum vital avant de se préoccuper de sa qualité de vie* », surtout pour les populations les plus dans le besoin.

En 1986, la charte d'Ottawa évoque que « *la bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie* » (38).

A partir de 1994, beaucoup de gouvernements font entrer cette notion dans leurs travaux, comme la France avec le haut comité de la santé publique (39).

C'est ainsi que la même année l'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de la vie comme « *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* » (40).

La qualité de vie est une mesure subjective qui, du coup, n'a pas le même sens en Europe que dans des pays moins développés.

Pour Leplège en 2001 (41) et Rejesky et Mihalko en 2001 (42), la qualité de vie est un concept multidimensionnel et multifactoriel à 4 dimensions : l'état physique (capacités physiques, autonomie), l'état psychique (anxiété, dépression, émotivité), le statut social (relations socio familiales, amicales et professionnelles) et les sensations somatiques (symptômes, douleurs).

Pour l'OMS, les 4 dimensions diffèrent, puisque l'organisation y attache le psychologique, le physique, le social et le bien-être matériel (40).

Ainsi, la qualité de vie est bien subjective : chaque individu est appréciateur et arbitre de son bien-être, dont la perception dépend de ses spécificités culturelles, religieuses, familiales et sociales. Selon Michel Huet, le concept « *tend à intégrer les aspirations sociales et individuelles, ainsi que les contestations conjoncturelles et structurelles de la société contemporaine* » (43).

Elle tient compte aussi bien de la liberté d'expression, que du bonheur, des droits humains, du bien-être, du mode de vie, du niveau de vie, du lieu de vie et d'indicateurs économiques comme le pouvoir d'achat. Toutes ces notions sont des éléments inhérents à la qualité de vie sans couvrir toutefois totalement le concept, comme l'observe le Conseil économique et social dans son rapport.

En conclusion, on peut dire de façon consensuelle que la qualité de vie est subjective, variable, multifactorielle (état de santé physique, psychologique, bien être, conditions sociales et économiques) et hors normes (pas de référence).

Quand les chercheurs ont commencé à se pencher sur la qualité de vie, les études portaient sur l'évaluation des traitements ou l'organisation des soins chez des personnes malades. Ce n'est que plus tard que la qualité de vie a été envisagée chez des personnes saines, d'où la place fondamentale qu'elle a maintenant dans le développement du bien être d'une personne.

Ainsi, pour avoir une bonne qualité de vie il faut aussi « une bonne santé », ce qui explique la politique actuelle de prévention et dépistage afin de contrecarrer l'aspect de fatalité de la maladie.

B. Mesures

Pourquoi tenter de mesurer la qualité de vie ? Afin d'objectiver un concept subjectif et essayer de standardiser les variations individuelles, d'où l'intérêt d'outils de mesure validés de manière plus universelle.

C'est pendant l'après-guerre aux Etats-Unis que la plupart des outils les plus utilisés aujourd'hui ont été élaborés, dans le cadre des premières expérimentations de chimiothérapies sur l'homme (44).

Mais c'est surtout l'échelle mise en place par Karnofsky en 1948 pour « *évaluer la capacité du malade à mener normalement son activité et son travail* » allant de 0% (mort) à 100% (activité normale sans plainte ni symptômes) qui va s'imposer comme une référence de mesure de qualité de vie (44).

Puis à partir des années 1970, la notion de qualité de vie prend de plus en plus de sens dans le domaine de la santé. Aujourd'hui en recherche clinique, c'est le performans status (PS) adopté par l'OMS qui est le plus largement utilisé : une échelle allant de 0 (activité normale) à 4 (alité en permanence) permettant d'estimer l'état général d'une personne malade.

Il existe des instruments génériques dans des pathologies variées permettant d'obtenir soit un index (générant un score global unique) ou un profil (donnant un score pour chaque dimension explorée).

Il existe ensuite des instruments spécifiques pour évaluer la qualité de vie du patient atteint d'une pathologie en particulier ou pour un public particulier. Ainsi on trouve des questionnaires pour la qualité de vie des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive, en fin de vie, atteint d'un carcinome hépato cellulaire, après un infarctus du myocarde

Selon les sources Medline, en 2006 on dénombrait plus de 800 questionnaires de qualité de vie et 2000 publications.

Il existe aussi des questionnaires validés dans la mesure de la qualité de vie. En France, 7 échelles sont officiellement validées par les chercheurs (41) : le profil de santé de Duke, le SF-36, le ISPN ou NHP (indicateur de santé perceptuelle de Nottingham ou Nottingham Health Profile), l'EuroQol, le PQVS (profil de qualité de vie subjective), le SIP (sickness impact profile) et le QWB (quality of well being).

Toutefois, il n'existe aucun outil permettant de mesurer la qualité de vie des médecins eux-mêmes.

C. Qualité de vie des médecins généralistes

La qualité de vie a été évoquée régulièrement lors de débats internes à la profession ou dans les médias, notamment depuis le fort mouvement de grève de la permanence des soins des médecins généralistes entre 2001 et 2002. Les principales revendications étaient la revalorisation des honoraires mais aussi la pénibilité du travail et le manque de reconnaissance et de considération socio professionnelle dans la société.

L'un des axes du plan initié par Marisol Touraine en décembre 2016 porte sur l'évaluation de la qualité de vie au travail des professionnels de santé, par l'observatoire national (45). Plus récemment, les faits divers de suicide de médecins ou d'internes ont relancé le dialogue sur la qualité de vie. Ainsi un « guide sur la prévention, le repérage et la prise en charge des risques psycho sociaux des internes, chefs de cliniques et assistants pour les médecins, pharmaciens ou odontologues » a été créé par le ministère des affaires sociales et de la santé (46).

A l'heure actuelle, une attention toute particulière est portée à l'épuisement professionnel des médecins. Le terme « burn out » a été défini par le psychanalyste américain Freudenberger en 1974 comme « *un état de fatigue ou de frustration résultant du dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui n'a pas donné les bénéfices escomptés* » (47). Puis Christina Maslach, chercheuse en psychologie, donne une autre définition plus axée sur l'usure professionnelle : « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel, qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » (48).

Le faible nombre de jeunes médecins arrivant sur le marché du travail et prêts à travailler 35 heures hebdomadaires ne permet pas d'absorber la forte patientèle des médecins en âge de partir en retraite, d'où le phénomène de plus en plus courant d'épuisement professionnel au sein de cette profession. Par ailleurs, la relation médecin-patient s'est dégradée : on observe une augmentation du nombre d'agressions et de méfiance envers les médecins généralistes, un climat d'insécurité parfois, des oublis de rendez-vous, des demandes insistantes parfois non justifiées médicalement (arrêts de travail, certificats médicaux) mais demandant à être régularisées par une pluralité d'acteurs (administratif, employeur, école, assistante maternelle).

Selon les médecins, les facteurs à risque de « burn out » sont multiples. On décompte notamment le nombre élevé de consultations par jour, les gardes de nuit, le fort taux horaire hebdomadaire, les visites à domicile nombreuses, les heures supplémentaires de gestion du cabinet (comptabilité, entretien, gestion du personnel et des stocks, organisation du planning, rangement du courrier...) et les heures de formation. Les impôts et les charges du cabinet sont des facteurs prédisposants aussi, tout comme la démographie médicale difficile avec une répartition inégale.

Selon la DREES, le temps de travail hebdomadaire d'un médecin généraliste est de 57 heures en moyenne, bien loin des 35 heures hebdomadaires courantes pour les autres professions (49).

De plus, les inconvénients d'une installation en zone rurale sont le temps de gestion des tâches administratives (comptabilité, gestion du secrétariat, commandes diverses, gestion des dossiers médicaux, tenue des dossiers patients, documents administratifs type ALD, MDPH, documents d'assurance), qui représente entre 4,5 et 6,5 heures par semaine selon les études (14). D'ailleurs selon une étude de la DREES réalisée en 2007, 90% des généralistes jugent que la charge administrative s'est accru dans les suites de la réforme relative au médecin traitant (50). La difficulté à trouver un remplaçant est également une vraie difficulté en milieu rural (14). A contrario, le cadre d'exercice, le remplacement d'un médecin, ou encore le fait d'avoir grandi dans la zone sont les principaux motifs d'installation en milieu rural, combinés au souhait d'un cadre de vie et de travail agréable et d'une relation médecin patient privilégiée avec un vrai « médecin de famille » (14).

Cependant, d'un point de vue global, les médecins sont plutôt satisfaits de leur qualité de vie personnelle et professionnelle en milieu rural. Ils ont su trouver la juste balance pour faire face aux nombreuses heures de travail, aux exigences des patients et aux contraintes imposées par la sécurité sociale, comme les revenus sur objectifs de santé publique (ROSP) (14).

D'ailleurs, d'après une étude de l'INSEE, on observe moins de divorces, qui peuvent être associés à un indicateur de mal vivre, en milieu rural qu'en milieu urbain (51). De plus, les différentes études soulignent l'index de fécondité plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain en raison d'un schéma familial plus stable et ancré.

Tandis que les revenus ou les heures hebdomadaires de travail des médecins s'apprécient facilement, on ne peut pas en dire autant concernant l'environnement professionnel, le contexte familial, les facteurs de stress ou les contraintes de gestion du cabinet. Ce qui importe le plus demeure la perception qu'a le médecin de son confort de vie. C'est pourquoi nous avons choisi de travailler avec un questionnaire de qualité de vie validé par les scientifiques en y ajoutant quelques questions socio démographiques axées plus spécifiquement sur l'exercice de la médecine générale.

IV. MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive transversale menée de façon quantitative.

B. Population de l'étude

On s'est intéressé aux médecins généralistes installés en Saône et Loire entre 2004 et 2014 et exerçant toujours dans le département. La liste a été fournie par le conseil départemental de Saône et Loire.

L'installation pouvait être une première installation ou une nouvelle installation après un changement de département par exemple.

N'ont pas été inclus les médecins qui ont transféré leur activité professionnelle en dehors de la Saône et Loire et ceux qui ont arrêté leur activité (pour retraite). Nous n'avons pas inclus non plus ceux ayant un mode d'exercice particulier exclusif (acupuncture, mésothérapie, homéopathie, médecine du sport...).

Cela représentait 106 médecins dont 3 à exercice particulier exclusif, soit 103 médecins pouvant participer.

C. Déroulement de l'étude

On a utilisé un questionnaire auto administré communiqué par mail (soit directement soit après avoir obtenu l'adresse mail par contact téléphonique avec le médecin soit par connaissance).

En cas de non réponse, il y a eu relance par mail le 14 juin puis par mail et par téléphone le 4 juillet.

Les réponses ont été ainsi collectées du 17 mai 2016 au 28 juillet 2016, date de la clôture.

D. Questionnaire

Le questionnaire est en 2 parties.

Il porte d'abord sur les données socio démographiques : sexe et âge, année d'installation et délai d'installation après la fin de l'internat, faculté d'externat et celle d'internat, lieu et mode d'exercice, nombre de demi-journées travaillées, nombre de consultations et de visites, nombre de semaines de vacances, participation à la permanence de soins ou à des groupes d'échange de pratiques, type de patientèle, présence de l'informatique, de secrétariat et de femme de ménage.

Il porte ensuite sur la qualité de vie : le WHOQOL BREF est une forme simplifiée du WHOQOL (100 items, développé dans 23 pays en 1990 et testé sur plus de 11 000 personnes), dont la validité est internationale et qui ne comporte que 26 items : 2 items globaux sur la qualité de vie puis 24 items répartis entre 4 domaines :

- la santé physique (7 items) : les activités de la vie quotidienne ; la dépendance à des médicaments ou traitements ; l'énergie et la fatigue ; la mobilité ; la douleur ; le sommeil et le repos ; la capacité de travail
- la santé psychique (6 items) : l'image corporelle et l'apparence physique ; les sentiments négatifs ; les sentiments positifs ; l'estime de soi ; la spiritualité ; la religion ; les croyances personnelles ; la pensée, l'apprentissage, la mémoire et la concentration

- les relations sociales (3 items): les relations personnelles ; le soutien social ; l'activité sexuelle
- l'environnement (8 items): les ressources financières ; la sécurité et la protection ; l'accès et la qualité des soins de santé ; l'environnement et l'habitat ; les occasions d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences ; les loisirs et la détente ; le milieu ambiant (pollution, bruit, circulation, climat) ; les moyens de transport

Chaque question est fermée avec 5 réponses possibles, ce qui permet une approche quantitative.

Le temps estimé de réponse est de 5 à 7 minutes.

Le questionnaire est présenté en détail en Annexe 17.

E. Critère principal et critères secondaires

Cette étude étant principalement descriptive, il n'a pas été choisi de critère principal.

F. Enregistrement des données

Les réponses au questionnaire obtenues via Google Forms ont été transcrites dans un fichier Excel.

Certaines réponses ont été exprimées dans une même unité pour faciliter l'analyse statistique : par exemple le délai d'installation après la fin de l'internat a été systématiquement mis en mois.

G. Analyses statistiques

Les données ont été transmises à un statisticien au Département de l'Information Médicale du CHU.

Les âges ont été comparés en fonction du sexe par le test de Mann et Whitney. Les fréquences ont été comparées entre groupes indépendants par le test exact de Fisher.

V. RESULTATS

A. Nombre de participants

Les médecins généralistes installés en Saône et Loire entre 2004 et 2014, et exerçant toujours dans le département au moment du questionnaire, ont été repérés sur la liste fournie par le conseil départemental. Ceux partis en retraite ou ayant transféré leur activité dans un autre département ont été écartés.

Cela représentait 106 médecins qui ont été sollicités :

- soit par e-mail le 17/05/2016 si leur adresse était connue (sur la liste du conseil de l'ordre, ou sur resoval), ou plus simplement s'ils étaient proches de chez nous ou connus personnellement).
- soit par téléphone.

Mais 3 ont été exclus : un s'est reconverti en médecin scolaire, un autre n'exerçait que l'ostéopathie et la médecine du sport, et un autre ne faisait que de l'acupuncture.

Des 103 médecins restants, 3 ont refusé de répondre (2 par manque de temps et 1 pour non anonymat du questionnaire) donc 100 médecins ont reçu le questionnaire par mail.

Aucun n'a souhaité répondre par téléphone.

En cas de non réponse, une relance a été effectuée par mail le 14 juin puis par mail et par téléphone le 4 juillet, la collecte des données ayant été clôturée le 28/07/2016.

Finalement, 84 médecins ont répondu, soit un **taux de participation de 81.6% (84/103)**.

Tous ont répondu au questionnaire dans son intégralité : aucune donnée n'est manquante. Et aucun médecin n'a été exclu à posteriori : on a vérifié que tous correspondaient aux critères d'inclusion.

Toutes les statistiques qui suivent ont donc été obtenues chez n = 84 médecins.

B. Caractéristiques générales des participants

1. Age et sexe

Tableau 1

| | Moyenne (écart type) | Médiane | Minimum | Maximum |
|------------------|----------------------|---------|---------|---------|
| Age (ans) | 42,81 (8,89) | 41 | 30 | 73 |

| Sexe | Fréquence |
|----------|-------------|
| Féminin | 53,57% (45) |
| Masculin | 46,43% (39) |

Les femmes apparaissent un peu plus nombreuses, tous les participants se groupant autour de 40 ans, avec un cas extrême à 73 ans.

2. Conditions d'exercice

Mode et type d'exercice

Tableau 2

| | Fréquence |
|-----------|-------------|
| En groupe | 83,33% (70) |
| Seul | 16,67% (14) |

| | |
|---------|-------------|
| Libéral | 84,52% (71) |
| Mixte | 15,48% (13) |

| | |
|------------|-------------|
| Rural | 36,90% (31) |
| Semi-rural | 39,29% (33) |
| Urbain | 23,81% (20) |

La grande majorité des médecins a un exercice de groupe en libéral, et cela en zone rurale ou semi-rurale.

Patientèle dominante

Tableau 3

| | Fréquence |
|-------------|-------------|
| Pédiatrique | 15,48% (13) |
| Adulte | 64,29% (54) |
| Gériatrique | 20,24% (17) |

La patientèle dominante est adulte pour près des 2/3 des participants. Ceux examinant majoritairement des personnes âgées ou des enfants sont donc moins nombreux.

3. Fonctionnement du cabinet

Secrétariat

Tableau 4

| | Fréquence |
|------------|-------------|
| A distance | 10,71% (9) |
| Sur place | 80,95% (68) |
| Non | 8,33% (7) |

Femme de ménage

Tableau 5

| | |
|-----|-------------|
| Non | 7,14% (6) |
| Oui | 92,86% (78) |

Quasiment tous les médecins ont une femme de ménage et un secrétariat, celui-ci sur place pour la plupart.

Type de consultation

Tableau 6

| | Fréquence |
|-----------------|-------------|
| Sur rendez-vous | 84,52% (71) |
| Mixte | 15,48% (13) |

Plus de 8 médecins sur 10 ne prennent de consultations que sur rendez-vous.

Participation à des groupes d'échange de pratique (au cabinet ou non)

Tableau 7

| | Fréquence |
|-----|-------------|
| Non | 41,67% (35) |
| Oui | 58,33% (49) |

Plus de la moitié des médecins participent à des groupes d'échange de pratique.

4. Activité professionnelle

Nombre de demi-journées travaillées par semaine

Tableau 8

| | Fréquence |
|---|-------------|
| 2 | 1,19% (1) |
| 4 | 2,38% (2) |
| 5 | 2,38% (2) |
| 6 | 11,90% (10) |
| 7 | 9,52% (8) |
| 8 | 23,81% (20) |
| 9 | 32,14% (27) |

| | |
|----|------------|
| 10 | 10,71% (9) |
| 11 | 4,76% (4) |
| 13 | 1,19% (1) |

La plupart des médecins travaillent entre 6 et 10 demi-journées par semaine (87%) avec une majorité de 8 à 9 demi-journées par semaine (56%). Ceux travaillant moins de 6 demi-journées par semaine sont à peu près aussi nombreux que ceux travaillant plus de 10 demi-journées par semaine.

Nombre de consultations, nombre de semaines de vacances par an et gardes annuelles de week end

Tableau 9

| | Moyenne (écart type) | Médiane | Minimum | Maximum |
|------------------------------------|----------------------|---------|---------|---------|
| Consultations par jour | 25,47 (6,24) | 25 | 10 | 45 |
| Semaines de vacances par an | 6,22 (1,63) | 6,5 | 2 | 11 |
| Gardes de week-end par an | 6,20 (4,64) | 6 | 0 | 26 |

Les médecins font en moyenne 25 consultations par jour, mais cela varie de 10 à 45 par jour. Par an et en moyenne, ils s'accordent 6 semaines de vacances et font 6 gardes de week-end. Toutefois la variabilité est forte car certains sont de garde un week-end sur deux et d'autres jamais.

Nombre de visites par jour

Tableau 10

| | |
|-----|-------------|
| 0 | 8,33% (7) |
| 0,5 | 11,90% (10) |
| 1 | 34,52% (29) |
| 1,5 | 9,52% (8) |
| 2 | 13,10% (11) |
| 2,5 | 7,14% (6) |
| 3 | 10,71% (9) |
| 4 | 3,57% (3) |
| 4,5 | 1,19% (1) |

Un tiers des médecins fait 1 visite à domicile par jour, la grande majorité d'entre eux en faisant entre 0,5 et 3 par jour (0,5 visite par jour signifiant 1 visite tous les deux jours).

C. Questionnaire WHOQOL BREF d'évaluation de la qualité de vie

Avant tout, on voit ci-dessous que les femmes sont plus fréquentes à exercer d'une part en groupe, d'autre part en milieu semi-rural, mais ces différences ne sont pas significatives.

Tableau 11

| | Femmes (45) | Hommes (39) | Degré P (Chi2 /Fisher) |
|--------------------|-------------|-------------|------------------------|
| Exercice en groupe | 86,67% (39) | 79,49% (31) | 0,558 |
| Exercice : | | | 0,615 |
| - rural | 33,33% (15) | 41,03% (16) | |
| - semi-rural | 44,44% (20) | 33,33% (13) | |
| - urbain | 22,23% (10) | 25,64% (10) | |

On peut voir ensuite les réponses principales aux questions du WHOQOL BREF, le détail étant en Annexe 18.

Les questions ont été regroupées selon les quatre domaines définis par l’OMS, et nous avons regardé si les réponses variaient avec les caractéristiques socio démographiques ou le mode d’exercice des médecins.

1. Deux items globaux : Qualité de vie générale et santé générale

Question 1 : Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?

Elle est jugée « bonne » par la moitié des médecins répondants.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Milieu d’exercice : Les médecins exerçant en milieu rural sont plus fréquents à répondre favorablement (80 % disent « bonne » ou « très bonne » contre 65% en urbain et 60% en semi-rural). Cette différence n’est pas significative.

Secrétariat : Les médecins ayant un secrétariat sur place sont plus fréquents à répondre favorablement (73,53% avec « bonne » ou « très bonne » contre 66,67% si secrétariat à distance et 28,57% si pas de secrétariat ; $p = 0,0473$).

Type d’exercice : Les médecins exerçant seuls sont moins fréquents à répondre favorablement (42,86% avec « bonne » et « très bonne » contre 74,29% s’ils exercent en groupe ; $p = 0,0280$).

Mode d’exercice : Les médecins ayant un exercice mixte sont plus fréquents à répondre favorablement (92,31% avec « bonne » ou « très bonne » contre 64,79% si exercice libéral). (Différence non significative ; $p = 0,056$).

Nombre de semaines de vacances par an : Les médecins prenant 7 semaines ou plus de vacances par an sont moins fréquents à répondre favorablement (66,67% avec « bonne » ou « très bonne » contre 71,11% chez ceux prenant moins de 7 semaines de vacances par an). (Différence non significative).

Question 2 : Etes-vous satisfait de votre santé ?

Plus de 65% des médecins apparaissent satisfaits de leur santé.

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Type d'exercice : Les médecins exerçant seul sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (71,43%) que ceux exerçant en groupe (64,29%). (Différence non significative).

2. Domaine 1 : Santé physique

Question 3 : La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?

Environ 2/3 des médecins ne sont pas gênés dans leur activité par la douleur physique.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Mode d'exercice : Les médecins en exercice mixte sont plus fréquents à être « un peu » gênés par la douleur (53,85% contre 16,90% chez ceux en exercice libéral ; $p = 0,0174$).

Nombre de semaines de vacances par an : Les médecins prenant moins de 7 semaines de vacances par an sont plus fréquents à être « un peu » gênés (33,33% contre 10,26% chez ceux prenant 7 semaines ou plus de vacances par an ; $p = 0,0413$).

Question 4 : Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?

70,24% des médecins n'ont besoin d'aucun traitement médical quotidien et 19,05% « un peu ».

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Nombre de demi-journées travaillées par semaine : Les médecins travaillant plus de 9 demi-journées par semaine sont plus fréquents à nécessiter un traitement (12,20% disent « beaucoup » ou « extrêmement » versus 0% pour ceux travaillant moins de 8 demi-journées par semaine ; $p = 0,0243$).

Question 10 : Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?

La moitié des médecins a beaucoup d'énergie dans la vie quotidienne, mais ils sont rares à n'en avoir qu'un peu ou pas du tout.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Sexe : Les hommes répondent favorablement plus fréquemment que les femmes (69,23% disent « beaucoup » ou « extrêmement » versus 44,44% ; $p = 0,0285$).

Milieu d'exercice : Les médecins du milieu rural sont plus fréquents à répondre favorablement (70,97% répondent « modérément » ou « extrêmement » contre 55% en urbain et 42,42% en semi-rural).

Nombre de demi-journées travaillées par semaine : Les médecins travaillant plus de 9 demi-journées par semaine sont plus fréquents à répondre favorablement (63,41% répondent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 48,84% chez ceux travaillant moins de 8 demi-journées par semaine). (Différence non significative).

Question 15 : Comment arrivez-vous à vous déplacer ?

Près de 87% des médecins arrivent à se déplacer au moins facilement (dont près de 60% très facilement).

Question 16 : Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?

Près de 63% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur sommeil.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Milieu d'exercice : Les médecins en milieu urbain sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (80% contre 74,19% en rural et 42,42% en semi-rural ; $p = 0,0062$).

Nombre de semaines de vacances par an : Les médecins prenant 7 semaines ou plus de vacances par an sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (79,49% contre 48,89% chez ceux prenant moins de 7 semaines par an ; $p = 0,0074$).

Question 17 : Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?

Plus de 50% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Sexe : Les femmes sont moins fréquemment satisfaites ou très satisfaites (46,67%) que les hommes (58,97%). (Différence non significative).

Milieu d'exercice : Les médecins exerçant en milieu rural sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (64,52% contre 42,42% en semi-rural et 50% en urbain).

Question 18 : Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?

Près de 70% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur capacité à effectuer leur activité professionnelle.

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Sexe : Les hommes sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (79,49%) que les femmes (64,44% ; $p = 0,0005$).

3. Domaine 2 : Santé psychologique

Question 5 : Aimez-vous votre vie ?

Plus de 70% des médecins aiment « beaucoup » ou « extrêmement » leur vie.

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Milieu d'exercice : Les médecins exerçant en zone rurale sont plus fréquents à répondre favorablement (87,10% disent « beaucoup » ou « extrêmement » versus 75% en milieu urbain et 60,61% en semi-rural ; $p=0,057$).

Question 6 : Estimez-vous que votre vie a du sens ?

75% des médecins estiment que leur vie a « beaucoup » ou « extrêmement » de sens.

Question 7 : Etes-vous capable de vous concentrer ?

Près de 80% des médecins sont capables de très bien se concentrer.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Age : Les moins de 40 ans sont moins fréquents à répondre favorablement (75,76% disent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 82,35% chez les plus de 40 ans). (Différence non significative).

Secrétariat : Les médecins sans secrétariat sont plus fréquents à répondre favorablement (100% disent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 78% chez ceux avec secrétariat sur place ou à distance). (Différence non significative).

Nombre de demi-journées travaillées par semaine : Les médecins travaillant plus de 9 demi-journées par semaine sont plus fréquents à répondre favorablement (95,12% disent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 65,12% chez ceux travaillant 8 demi-journées ou moins ; $p = 0,0008$).

Question 11 : Acceptez-vous votre apparence physique ?

Plus de la moitié des médecins acceptent bien leur apparence physique, et rares sont ceux qui ne l'acceptent qu'un peu ou pas du tout.

Question 19 : Etes-vous satisfait(e) de vous ?

Environ 65% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits d'eux.

Question 26 : Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

Environ 63% des médecins ont parfois des sentiments négatifs, et 14% « assez souvent » ou « très souvent ».

Ce jugement varie avec le critère suivant:

Sexe : Les hommes répondent plus fréquemment « jamais » que les femmes (33,33% versus 11,11% ; $p = 0,0227$).

4. Domaine 3 : Relations sociales

Question 20 : Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?

Plus de 75% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leurs relations avec les autres.

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Milieu d'exercice : Les médecins exerçant en milieu rural sont plus fréquemment satisfaits (83,87% contre 72,73% en semi-rural et 70% en milieu urbain ; $p = 0,053$).

Question 21 : Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?

Près de 75% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur vie sexuelle.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Secrétariat : Les médecins avec secrétariat sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (80,88% si secrétariat sur place et 66,67% si secrétariat à distance) que ceux sans secrétariat (28,57% ; $p = 0,0035$).

Femme de ménage : Les médecins ayant une femme de ménage sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (78,21%) que ceux qui n'en ont pas (33,33% ; $p = 0,0270$).

Type d'exercice : Les médecins exerçant en groupe sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (82,86%) que ceux exerçant seul (35,71% ; $p = 0,0004$).

Question 22 : Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?

Plus de 75% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits du soutien de leurs amis.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Age : Les moins de 40 ans sont plus fréquemment satisfaits (87,88%) que ceux de 40 ans ou plus (72,55% ; $p = 0,0375$).

Secrétariat : Ceux ayant un secrétariat sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (100% si secrétariat à distance et 77,94% si sur place) que ceux sans secrétariat (57,14% ; $p = 0,0265$).

5. Domaine 4 : Environnement

Question 8 : Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?

Seuls 3 médecins sur les 84 ne se sentent pas ou peu en sécurité dans leur vie quotidienne alors que près de 76% se sentent très en sécurité.

Question 9 : Vivez-vous dans un environnement sain ?

87% des interrogés jugent vivre dans un environnement « très » ou « extrêmement » sain.

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Type d'exercice : Les médecins exerçant en groupe sont plus fréquents à répondre favorablement (91,43% disent « beaucoup » et « extrêmement » contre 64,29% en exercice seul ; $p = 0,0163$).

Question 12 : Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

Pour l'argent, 6% des médecins jugent en avoir « un peu /pas du tout », 36% « modérément » et 60% « beaucoup/extrêmement ».

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Secrétariat : Les médecins sans secrétariat sont moins fréquents à répondre favorablement (42,86% disent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 55,56% et 61,76% respectivement pour ceux ayant un secrétariat à distance et sur place). (Différence non significative).

Femme de ménage : Les médecins avec femme de ménage sont plus fréquemment satisfaits (61,54% répondent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 33,33% chez ceux n'en ayant pas). (Différence non significative).

Nombre de semaines de vacances par an : Les médecins prenant 7 semaines ou plus de vacances par an sont plus fréquents à répondre favorablement (69,23% disent « beaucoup » ou « extrêmement » contre 51,11% pour ceux prenant moins de 7 semaines de vacances annuelles).

Question 13 : Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?

En grande majorité les médecins estiment avoir accès à « beaucoup » (80%) d'informations nécessaires à la vie quotidienne.

Ce jugement varie avec le critère suivant :

Age : Les médecins de moins de 40 ans sont plus fréquents à répondre favorablement (93,94% disent « beaucoup » ou « extrêmement » versus 66,67% des plus de 40 ans ; $p = 0,0064$).

Question 14 : Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?

La répartition des réponses est homogène, environ 32% des médecins ont « un peu » l'occasion de pratiquer des loisirs, 32% ont « modérément » cette occasion et 26% en ont « beaucoup » l'occasion.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Secrétariat : Les médecins avec secrétariat sont plus fréquents à répondre favorablement (27,94% disent « beaucoup » si sur place, 22,22% si à distance) que ceux sans secrétariat (14,29% ; $p = 0,0430$).

Femme de ménage : Les médecins avec femme de ménage sont plus fréquents à répondre favorablement (seuls 6,41% disent « pas du tout ») que ceux sans femme de ménage (50% ; $p = 0,0109$).

Type d'exercice : Les médecins en groupe sont plus fréquents à répondre favorablement (seulement 4,29% disent « pas du tout ») que ceux en exercice seul (35,71% ; $p = 0,0023$).

Question 23 : Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?

Presque 85% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur lieu de vie.

Ce jugement varie avec les critères suivants :

Secrétariat : Les médecins avec secrétariat sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (89,71% si secrétariat sur place, 77,78% si à distance) que ceux sans secrétariat (42,86% ; $p = 0,0057$).

Femme de ménage : Les médecins avec femme de ménage sont plus fréquemment satisfaits ou très satisfaits (87,18%) que les autres (50% ; $p = 0,0109$).

Type d'exercice : Les médecins exerçant en groupe sont plus fréquemment satisfaits (88,57%) que ceux exerçant seuls (64,29% ; $p = 0,0181$).

Question 24 : Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?

Seulement 55% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur accès aux services de santé.

Question 25 : Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?

90% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur moyen de transport.

VI. DISCUSSION

A. Taux de réponse

Selon l'INSEE, les médecins généralistes participent peu aux études (taux de réponse de 25 à 30%). Ceci s'explique par le nombre élevé d'heures travaillées qui oblige à prendre du temps personnel pour répondre aux questions. D'autre part, les médecins sont très régulièrement sollicités pour de nombreuses études, ce qui peut démobiliser certains.

Ainsi, pour espérer plus de 50% de réponses, nous n'avons gardé que les questions socio démographiques les plus simples pour que, en comptant le questionnaire WHOQOL BREF, le temps total approche les 5 minutes. Mais cela nous a limité pour comparer la qualité de vie entre groupes : nous n'avons pas le côté divorcé ou non, le métier du conjoint ...

Notre taux de réponse (82%) est donc satisfaisant, surtout en comparaison aux études similaires, mais il aurait pu être plus élevé si les questionnaires avaient été anonymes : ils ont été envoyés par internet avec un lien pour la réponse car il fallait identifier les répondants pour l'interprétation. Mais on n'avait pas pensé que certains médecins pouvaient être méfiants devant certaines questions.

Finalement l'étude porte sur moins de 100 questionnaires : cet effectif relativement petit peut être dû, outre au manque d'anonymat, à l'idée que cela cachait une publicité, ou à l'accès à internet et au recours au formulaire électronique qui ont pu être des freins. Toutefois, lors de la demande de l'adresse mail puis de la relance téléphonique, nous avons proposé d'autres formes du questionnaire.

B. Choix du questionnaire

Comme évoqué plus tôt, la qualité de vie est un concept multi dimensionnel mais aussi subjectif. Ainsi, après discussion avec différentes personnes participant au travail, il a été décidé de choisir un questionnaire de qualité de vie validé pour avoir des données de bonne qualité. Mais nous n'avons trouvé dans la bibliographie aucun questionnaire validé destiné à la population médicale, et nous avons donc choisi parmi les questionnaires s'adressant aux personnes saines en général.

Cela a été un compromis car, malgré des centres d'intérêt communs à la population générale, les généralistes ont une charge de travail plus élevée, des revenus plus élevés et des particularités qui influent sur la qualité de vie, comme la reconnaissance du patient. Un questionnaire personnel aurait peut-être mieux collé aux caractéristiques de ces médecins mais il aurait pu aussi omettre certains aspects de la qualité de vie globale et faire trop grande part à notre propre interprétation de la qualité de vie.

C. Biais

On constate d'abord un **biais de sélection**. Effectivement on n'a sollicité que les médecins installés en Saône et Loire : leur qualité de vie n'est pas forcément similaire à celles des autres départements de Bourgogne ou de France, et on ne pourra donc pas généraliser. En outre on s'est limité aux installations entre 2004 et 2014, afin d'éviter une installation trop récente pouvant fausser les avis (euphorie du début ou au contraire irritation due aux démarches de l'installation), mais la liste fournie par le conseil de l'ordre départemental pouvait être incomplète. Enfin, nous n'avons pas sollicité les remplaçants car ils pouvaient être inscrits à un autre ordre départemental et pouvaient aussi plus moduler leur activité et donc leur qualité de vie.

Seuls les médecins volontaires ont participé mais, devant la multiplication des études, certains pouvaient ne pas montrer d'intérêt. De plus, les avis des non répondants peuvent différer des autres : les répondants avaient peut-être un travail moins important, ou étaient plus désireux de connaître leur qualité de vie, quel que soit le résultat. Ceux qui jugeaient mauvaise leur qualité de vie n'ont pas répondu peut-être pas à cause du stress ou du manque de temps, en pensant que cela ne changerait rien.

On peut craindre ensuite un **biais d'information** dans les réponses, notamment pour la première partie où les questions ne sont pas fermées : ont-elles été bien formulées et bien comprises ?

Il a pu y avoir un **biais de mesure** : en raison de la nature subjective et évolutive de la qualité de vie, les jugements ont pu varier selon qu'ils ont été portés pendant une période d'épidémie, à un retour de vacances, ou en fin d'une journée de consultations.

Un **biais de mémoire** est aussi possible, lors des réponses quantitatives comme les nombre d'actes, de visites ou de gardes.

On peut suspecter un **biais d'approbation** : lassés par un questionnaire trop long, les participants finissent par répondre favorablement à toutes les questions. Toutefois comme le sujet les concerne directement, on peut penser qu'ils sont restés motivés jusqu'à la dernière question.

Peut-être aussi un **biais de réponse** notamment sur la prise d'un traitement régulier ou sur la vie sexuelle : ces questions ont pu être gênantes, d'autant plus que l'investigateur était connu de certains médecins.

On peut aussi se demander si le côté subjectif de la qualité de vie malgré le questionnaire validé ne crée pas un **biais de perception**.

Les préjugés et le stéréotype sur le burn out des médecins peuvent créer aussi un **biais « culturel »** : le médecin peut ne pas admettre ou reconnaître être en souffrance lui-même car c'est un soignant.

Enfin, on peut parler de **biais affectif ou de désirabilité sociale** qui mène à cacher son état physique ou psychologique pour « ne pas montrer que ça ne va pas ». Selon le CEDIP (centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogiques) entité du CMVRH (centre ministériel de valorisation des ressources humaines) en 2014, ce biais consiste à exagérer soit ses actions pour mettre en valeur son statut, soit au contraire sa souffrance. L'état d'âme ou l'humeur du moment influence alors la qualité de l'information.

Mais répondre aux questions sur la qualité de vie permet une prise de conscience des médecins, qui ont pu se sentir valorisés de participer à un travail sur leur profession. On parle « d'effet Hawthorne » : les répondants ont conscience de participer à une étude où ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation.

D. Points positifs de l'étude

C'est une enquête descriptive qui répond à un besoin d'information qui est d'actualité médicale : les médecins généralistes installés sont-ils satisfaits de leur qualité de vie ?

Les questionnaires permettent d'exploiter les résultats sous forme de tableaux et de graphiques, contrairement à des entretiens.

Le questionnaire de qualité de vie, validé par l'OMS, a des questions non orientées, simples, courtes, neutres et fermées, et se remplit assez vite. Nous avons rendu obligatoire chaque réponse.

Cette étude n'est affectée par aucun conflit d'intérêt.

E. Discussion des résultats

1. Catégories socio-professionnelles

Les médecins participants sont des femmes pour plus de la moitié, ce qui reflète la féminisation actuelle de la profession.

L'âge moyen des participants est inférieur à celui des généralistes en France, de près de 10 ans. Ceci parce que nous avons inclus des généralistes installés entre 2004 et 2014, soit en première installation soit en réinstallation, de sorte que les médecins exerçant depuis plus de 15 ans n'ont pas été concernés par l'étude. Ceci aussi parce que ce sont sans doute les jeunes médecins qui participent plus volontiers aux études.

Comme partout, l'exercice en groupe prédomine : il augmente sûrement la qualité de vie en permettant l'échange de pratiques, l'entraide, la convivialité, l'organisation du cabinet, la répartition de la permanence de soins, l'aménagement de l'emploi du temps et le partage des frais de fonctionnement.

Seulement 15% des participants ont un exercice mixte. Mais une évaluation plus récente serait sûrement plus élevée en raison de l'ouverture des centres de santé départementaux.

Enfin, les médecins généralistes n'exerçant qu'en milieu hospitalier ou salarié n'ont pas été contactés.

La répartition des milieux d'exercice montre beaucoup de zones rurales et semi-rurales dans notre département, donc peut-être plus de zones fragiles ou de déserts médicaux.

Les consultations sans rendez-vous semblent moins représentées. Sans doute les jeunes médecins préfèrent-ils les consultations programmées pour réduire le stress, et voient-ils le sans rendez-vous comme néfaste à leur qualité de vie.

La charge des médecins est très variable. Toutefois, ils semblent travailler plus que la population générale : moyenne de 25 consultations par jour, s'étalant sur 8 heures minimum, en 4 à 4,5 journées par semaine, sans compter le temps administratif et les week end de garde. Les visites à domicile sont peu nombreuses pour la majorité, ce qui est la tendance nationale. Cependant les vacances sont en moyenne de 6 semaines par an, ce qui est proche de la population générale.

Donc la faible densité médicale n'est pas forcément compensée par l'augmentation individuelle d'activité. En effet, les jeunes médecins généralistes souhaitent diminuer leur temps de travail pour augmenter le temps alloué à la famille et aux loisirs entre autres : ainsi moins fatigués, ils seraient plus rentables au travail avec moins d'erreurs et de lassitude.

2. Questionnaire WHOQOL BREF et corrélations

Nous avons discuté les résultats dans le même ordre que précédemment : par catégorie et par question. Et seules les questions montrant une corrélation seront présentées.

Concernant les généralités, plus de femmes exercent en milieu semi rural alors que plus d'hommes sont en rural. On peut se demander si la différence entre rural et semi rural est connue des médecins car ils ont répondu selon leur propre définition mais aucun critère distinctif n'était indiqué sur le questionnaire. Par ailleurs, on peut supposer que le milieu rural garde encore l'image d'un milieu

plus rude, avec bien plus de travail car moins de médecins. Or les femmes préfèrent travailler moins d'heures par semaine pour concilier leurs vies personnelle et professionnelle.

Que ce soit dans la thèse de Besset et Darbelet (52) ou Hiltbrand (53), rien n'avait montré que le lieu d'exercice influençait significativement la qualité de vie.

- **Deux items globaux : Qualité de vie générale et santé générale**

Question 1 : Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?

Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, vu les polémiques actuelles sur l'épuisement professionnel et les suicides chez les médecins, la qualité de vie est jugée « bonne » par la moitié des médecins interrogés et ils ne sont que 3 médecins à la trouver « faible ».

Les médecins exerçant en milieu rural sont plus satisfaits de leur qualité de vie : sans doute parce que la vie en milieu rural est plus saine, plus axée sur la nature et les relations humaines (famille et amis) et moins stressante et individualiste.

Sans surprise, les médecins ayant un secrétariat et surtout s'il est sur place, ont une meilleure qualité de vie car ils délèguent certaines tâches administratives et de gestion à quelqu'un d'autre et utilisent leur temps travaillé au maximum pour faire de la médecine et leur temps libre pour d'autres activités.

Les médecins travaillant en groupe ont une meilleure qualité de vie : cet exercice permet entre autre d'aménager ses horaires de travail, une permanence de soins même s'il n'y a pas de remplaçant, et de partager les locaux et leurs frais de gestion. C'est le souhait des jeunes médecins généralistes qui s'installent. Le nombre de médecins exerçant seuls diminue avec les départs en retraite : il s'agit souvent d'hommes, plutôt âgés et moins satisfaits de leur qualité de vie.

Les médecins exerçant en libéral ont une moins bonne qualité de vie que ceux en exercice mixte. Ceux ayant un exercice salarié ou mixte ont souvent des horaires de travail plus raisonnables, qui se rapprochent des 35 heures, avec un mode de rémunération pas forcément à l'acte et une activité adaptable avec moins de contraintes, donc moins de stress. Ainsi on peut dire que la qualité de vie meilleure n'est pas forcément due au mode d'exercice en lui-même mais au temps de travail. En outre, l'exercice salarié donne une meilleure couverture sociale et des congés payés : c'est pourquoi il se développe de plus en plus, surtout avec la féminisation de la profession, les femmes pouvant ainsi profiter d'horaires fixes, de congés payés, de la cotisation pour la retraite et du congé de maternité.

Pour finir, les médecins prenant moins de 7 semaines de vacances par an ont une meilleure qualité de vie que ceux en prenant plus : peut-être, puisqu'ils jugent bonne leur qualité de vie, n'ont-ils pas besoin de beaucoup de vacances.

Question 2 : Etes-vous satisfait de votre santé ?

Bien que la différence soit non significative, les médecins exerçant seuls sont plus fréquemment satisfaits de leur santé que ceux qui travaillent en groupe : peut-être, puisque leur état de santé est bon, ont-ils peu de risque d'absence et peuvent donc travailler seuls, en s'organisant pour veiller à leur propre santé.

- **Domaine 1 : Santé physique**

Question 3 : La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?

Les médecins ayant un exercice mixte sont plus souvent gênés par la douleur physique, peut-être est-ce une raison du choix d'exercice mixte qui est plus modulable et moins éreintant physiquement.

De plus, les médecins qui prennent 7 semaines de vacances ou plus par an ont moins de douleur physique : ils peuvent être plus jeunes, donc plus attentifs à leur bien-être et prenant plus de vacances que les médecins plus âgés.

Question 4 : Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?

Les médecins qui travaillent plus de 9 demi-journées par semaine ont plus souvent besoin d'un traitement médical quotidien : peut-être parce qu'ils s'épuisent au travail et prennent moins soin de leur santé ce qui provoque des pathologies chroniques. Mais on peut aussi dire que ceux ayant besoin d'un traitement médical quotidien sont les plus âgés.

Question 10 : Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?

Les hommes ont plus d'énergie dans leur vie quotidienne que les femmes : sans doute parce qu'ils se consacrent plus à leur travail en s'occupant moins des tâches ménagères ou des enfants.

De plus, les médecins du milieu rural ont plus d'énergie dans leur vie quotidienne. On peut supposer qu'ils ont moins d'activités extra professionnelles, laissant ainsi du temps et de l'énergie à consacrer à leur vie de tous les jours.

Toutefois nous sommes surpris que ceux qui travaillent plus de 9 demi-journées par semaine aient plus d'énergie dans leur vie quotidienne. C'est peut-être parce qu'ils se sentent plein d'énergie qu'ils travaillent beaucoup ou, au contraire, ils travaillent plus de journées dans la semaine mais plus courtes pour conserver leur énergie.

Question 16 : Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?

Les médecins qui prennent 7 semaines de vacances ou plus par an ont un meilleur sommeil : ils peuvent être plus jeunes car alors plus attentifs à leur bien-être et prenant plus de vacances. Ou alors ce sont ceux, jeunes ou âgés, qui sont soucieux de leur santé et leur bien-être.

Question 17 : Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?

Les femmes sont moins satisfaites que les hommes de leur capacité à effectuer les tâches quotidiennes. Peut-être ont-elles trop de choses différentes à gérer et ont-elles l'impression de bâcler et ne pas approfondir les tâches de la vie quotidienne, ou que leur travail ne leur laisse pas assez de temps pour le reste.

Les médecins du milieu rural sont plus satisfaits de leur capacité. Bien qu'ils aient beaucoup de travail, car ils exercent dans des zones souvent sous-dotées en médecins, ils peuvent garder suffisamment de temps libre pour leur vie personnelle et donc pour leurs tâches de la vie

quotidienne, parce qu'ils ont moins d'activités extra professionnelles (loisirs, associatif) qu'en milieu urbain. D'autre part, comme ils jugent que leur qualité de vie est bonne, ils sont satisfaits et ont donc une vision plus positive de leur capacité à gérer la vie quotidienne.

Question 18 : Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?

Les hommes sont plus satisfaits que les femmes de leur capacité à effectuer leur activité professionnelle : sans doute parce qu'ils consacrent plus de temps à leur travail en s'occupant moins des travaux ménagers et des enfants.

- **Domaine 2 : Santé psychologique**

Question 5 : Aimez-vous votre vie ?

Les médecins exerçant en milieu rural sont plus fréquents à aimer leur vie (« beaucoup » ou « extrêmement ») : la vie en milieu rural apparaît ainsi plus saine et agréable.

Question 7 : Etes-vous capable de vous concentrer ?

Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, les médecins de moins de 40 ans sont moins fréquemment capables de se concentrer (« beaucoup » ou « extrêmement ») : c'est peut-être pourquoi ils souhaitent travailler moins que les plus âgés et ont un rythme de travail moins soutenu. Peut-être aussi sont-ils plus préoccupés par la vie familiale et les enfants.

Bien que peu nombreux, les médecins sans secrétariat sont plus fréquemment capables de se concentrer. C'est sans doute cette capacité de concentration qui leur permet de se passer de secrétariat.

Autre résultat surprenant, ceux qui travaillent plus de 9 demi-journées par semaine sont plus fréquemment capables de se concentrer : peut-être est-ce cette capacité qui leur permet de travailler beaucoup, ou encore chacune de leur journée compte-t-elle moins d'heures pour garder leur concentration.

Question 26 : Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

Deux tiers des participants ont des sentiments négatifs « parfois », et 14% « assez souvent » ou « très souvent ». Il serait intéressant de comparer ces résultats avec la proportion en population générale ou chez les catégories socio-professionnelles qui ont des responsabilités pouvant engendrer du stress et des sentiments négatifs.

Les hommes ont moins fréquemment des sentiments négatifs que les femmes : sont-ils moins fragiles émotionnellement et moins à risque de dépression ou de burn-out ?

- **Domaine 3 : Relations sociales**

Question 20 : Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?

Les médecins exerçant en milieu rural sont plus fréquemment satisfaits de leurs relations sociales ; peut-être parce que la vie en milieu rural laisse plus de temps pour les relations avec famille et amis, et est difficile pour les individualistes.

Question 21 : Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?

Sans surprise, les médecins qui se font aider sont plus satisfaits de leur vie sexuelle : le gain de temps les libère pour leur vie personnelle au sens large.

Ainsi pour les médecins avec secrétariat, surtout s'il est sur place.

Idem pour les médecins avec femme de ménage.

Idem encore pour les médecins travaillant en groupe : ils peuvent avoir plus de temps personnel grâce aux collègues et à la permanence des soins, et se sentir mieux dans sa vie professionnelle retentit de façon positive sur sa vie personnelle et sexuelle.

Question 22 : Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?

Les médecins de moins de 40 ans sont plus fréquemment satisfaits du soutien de leurs amis : sans doute s'accordent-ils plus de temps libre, notamment pour leur vie privée, afin de maintenir les liens avec leurs amis.

- **Domaine 4 : Environnement**

Question 9 : Vivez-vous dans un environnement sain ?

Les médecins travaillant en groupe sont plus fréquents à vivre dans un environnement sain : ce mode d'exercice permet l'entraide, la communication, les échanges et moins de solitude pour le médecin. Mais on peut se demander comment le mot « sain » a été compris par les participants ?

Question 12 : Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

Les médecins sans secrétariat sont plus fréquents avec « un peu » ou « modérément » d'argent : ils économisent un salarié ou un service à distance, mais ils manquent d'argent peut-être en faisant moins de consultations par jour pour garder du temps pour le travail de secrétariat.

Les médecins sans femme de ménage montrent des résultats analogues alors qu'ils économisent un salarié. Peut-être font-ils moins de consultations par jour, et donc gagnent-ils moins d'argent, car ils gardent du temps pour faire le ménage.

Ceux qui prennent plus de 7 semaines de vacances par an sont plus fréquents à avoir assez d'argent pour satisfaire leurs besoins. Pourtant, pendant les vacances, avec ou sans remplaçant, il n'y a pas de revenus alors que frais et charges du cabinet restent. C'est sans doute parce qu'ils ont assez d'argent qu'ils peuvent prendre plus de 7 semaines de vacances.

Question 14 : Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?

Sans surprise, les médecins ayant une aide ont plus de temps pour des loisirs.

Ainsi pour les médecins avec secrétariat, surtout s'il est sur place : ils délèguent certaines tâches administratives et de gestion et utilisent leur temps travaillé au maximum pour faire de la médecine et leur temps libre pour d'autres activités.

De même pour les médecins ayant une femme de ménage : au lieu de faire eux-mêmes du ménage pendant 1 ou 2 heures, ils peuvent se livrer aux loisirs. Par ailleurs, les médecins exerçant de plus en plus souvent en groupe et dans des grands locaux, la femme de ménage devient indispensable.

De même enfin pour les médecins travaillant en groupe : ce mode d'exercice permet d'aménager ses horaires de travail grâce à la permanence des soins, et donc de dégager du temps libre.

Question 23 : Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?

Là aussi sans surprise, les médecins ayant une aide sont plus satisfaits de leur lieu de vie.

C'est le cas des médecins avec secrétariat, surtout s'il est sur place.

C'est aussi le cas des médecins avec femme de ménage : le temps ainsi gagné est investi dans le lieu de vie pour le rendre agréable.

C'est encore le cas des médecins travaillant en groupe qui partagent les locaux et frais de gestion et peuvent ainsi garder plus d'argent pour la résidence principale. Ils n'habitent sans doute pas sur leur lieu de travail, à l'inverse de certains médecins exerçant seuls.

F. Revue de la littérature sur la qualité de vie des généralistes

Chez les Français, le score de qualité de vie liée à la santé augmente avec le niveau socio-économique. Mais ceci est atténué chez les femmes par le score de santé générale qui est inférieur de 5,6 points à celui des hommes, comme indiqué en 2005 par le baromètre santé de l'INPES (54).

Comparaison à la population générale

Une étude statistique de l'INSEE en 2013 sur les ressources et conditions de vie en population générale a donné un score de qualité de vie sur une échelle visuelle analogique de 7,5 sur 10 pour les catégories socio professionnelles élevées. Les postes à responsabilité sont générateurs de stress, plus à risque de troubles de sommeil, de mal être psychique, d'épuisement professionnel dû à une surcharge de travail et de difficultés professionnelles.

Plusieurs travaux ont pu montrer qu'avec un temps de travail hebdomadaire du médecin généraliste entre 35 et 43 heures, la qualité de vie est inférieure à celle de la population générale (55, 56).

La qualité de vie des médecins généralistes mesurée par échelle visuelle analogique oscille entre 5,17 et 6,34 selon les études, ce qui reste inférieur aux autres catégories socio professionnelles équivalentes de la population générale (43, 53, 57, 58). L'échelle visuelle numérique arrivant en fin de questionnaire, on peut se demander si les médecins n'ont pas répondu par lassitude. C'est pourquoi nous n'avons utilisé que le questionnaire validé WOQOL BREF sans ajouter d'échelle visuelle analogique, qui aurait été en outre trop subjective.

Temps de travail

Quels que soient les questionnaires validés utilisés, plusieurs documents ont démontré que la qualité de vie des médecins baisse avec l'augmentation du temps de travail hebdomadaire et notamment administratif (14, 43, 52, 55, 57, 59).

Ainsi, les jeunes médecins recherchent à s'installer en groupe pour réduire la charge et le temps de travail, mais aussi pour diminuer les loyers et charges administratives et éviter la difficulté de trouver un remplaçant (60).

Lieu d'exercice

Plusieurs travaux ont montré que la qualité de vie des médecins généralistes ne variait pas significativement avec le milieu d'exercice. L'idée préconçue qu'elle aurait été moins bonne en milieu rural, notamment en raison d'une plus faible densité médicale, est donc fautive (43).

Une étude qualitative, mais non représentative, a montré que les médecins généralistes picards exerçant en milieu rural se sentent épanouis malgré l'épuisement professionnel (61).

De plus, une échelle visuelle analogique a montré que la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône Alpes était meilleure au plan personnel que professionnel, mais toujours sans différence significative entre les lieux d'exercice (53).

Exercice salarié

Pour des conditions de travail équivalentes, le statut de salarié améliore le niveau de satisfaction, le niveau global de la qualité de vie et celui lié à la santé des médecins généralistes (55).

Cependant, le statut salarié ne modifie pas l'exposition aux situations à risque professionnel comme le surmenage ou le burn-out (55).

Souffrance au travail

Comparativement à d'autres professions du secteur médico-social en relation avec du public et ayant aussi un exercice difficile avec contraintes (comme les pompiers, les aides-soignantes ou les infirmières), le burn out des généralistes est le plus marqué (62).

Par ailleurs, la souffrance au travail entraîne une moins bonne santé car elle augmente le risque cardio-vasculaire global, le risque d'hypertension artérielle, les maladies coronariennes et la mortalité. Un faible soutien social augmente le risque de souffrance au travail (59).

G. Propositions

Notre étude et celles qui viennent d'être citées amènent à quelques propositions :

1- prôner la médecine générale dès le début des études, rendre plus intéressante la formation en médecine générale, recruter et former plus de maîtres de stage et approfondir leur partenariat avec le département de médecine générale.

Ainsi, on pourrait espérer un choix de cœur à l'examen classant national pour la médecine générale, puis un internat plus axé sur la médecine libérale que sur le milieu hospitalier. Pour mieux découvrir la médecine générale, il faudrait des stages ambulatoires mixtes (en milieu rural et urbain) et des rencontres avec des praticiens à exercice particulier (homéopathie, ostéopathie, mésothérapie, médecine du sport ...).

2- créer des internats ou des « maisons des internes » pour ceux en stage ambulatoire et proposer systématiquement un logement selon le modèle Roannais (63).

Ceci permettrait, plutôt que de rentrer chez soi le week-end, d'éviter l'isolement et de faire découvrir le territoire et la région et ainsi de donner envie de revenir pour remplacer ou s'installer.

3- repérer les zones déficitaires en offre de soins d'où sont originaires les étudiants en médecine, et travailler à développer des infrastructures en milieu rural.

En effet, le CREDOC (centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) montre le fort impact de la zone de résidence lors des premières années de vie. Il faudrait donc repérer précocement les internes sensibles au milieu rural pour les informer sur les différents territoires et bassins de vie en vue d'une possible installation en zone rurale (64).

Et il faudrait rendre l'environnement socio-économique favorable, en particulier en créant des emplois pour les conjoints.

4- favoriser l'exercice en groupe, informer sur les projets de santé innovants et la télémédecine, faciliter l'ouverture de centres de santé départementaux, développer le salariat avec des salaires aussi attractifs qu'en libéral, et réduire les tâches administratives.

Ces mesures ont déjà été prises en partie par quelques régions ou départements, parfois via des organismes comme l'ARS ou l'URPS ou autres, afin de contrecarrer la désertification médicale. Et une étude a montré que 48,5% des médecins généralistes pensent que réduire des tâches administratives réduirait alors les difficultés rencontrées (14).

5- déléguer certaines tâches (INR, vaccins) à des assistants médicaux, créer un poste de coordinateur administratif pour la gestion non médicale, insister sur l'éducation des patients en matière de prévention pour éviter des consultations inutiles.

6- revaloriser avec facturation à l'acte, ou facturation plus adéquate des actes administratifs (certificat MDPH, certificat d'assurance, certificats médicaux de non contre-indication à la pratique sportive...)

7- faciliter l'accès à des remplaçants, prévenir le stress et diagnostiquer précocement chez les médecins la dépression ou le burn-out

L'étude citée précédemment a montré que pour 42,4% des médecins il fallait surtout, parmi les propositions pour réduire les difficultés rencontrées, faciliter le remplacement (14).

CONCLUSION



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR Mme BASSET Juliette

CONCLUSIONS

Ce travail porte sur la qualité de vie des médecins généralistes, inquiétante en raison de l'accroissement du phénomène de burn out lié en partie à la pénurie de médecins qui risque de s'aggraver. En effet, le nombre de nouveaux médecins en activité ne compensera pas les départs à la retraite dans la dizaine d'années à venir.

La qualité de vie au travail fait l'objet de nouvelles exigences ; les jeunes générations de médecins, et les femmes qui y sont majoritaires, ont imposé un changement des mentalités où harmoniser vie familiale et professionnelle est devenu une priorité.

Pour évaluer la qualité de vie des médecins, il n'existe aucun questionnaire validé ; nous avons dû utiliser un questionnaire prévu pour la population générale.

Nous avons limité notre étude à la Saône et Loire : c'est un département moteur dans la lutte contre la désertification médicale, qui a mis en place des aides financières à l'installation (dispositif « installeunmedecin.com ») - malheureusement peu efficaces - et qui a aussi créé les premiers centres de santé départementaux en France.

Le résultat principal de notre étude est paradoxal : malgré les inconvénients connus (importants horaires de travail, lourdeur des charges administratives, faible densité médicale...), la qualité de vie des médecins généralistes en Saône et Loire, où les zones rurales et semi-rurales sont très représentées, est globalement satisfaisante.

La problématique est donc d'inviter des médecins à venir s'installer dans ces zones, pour y exercer leur profession qui est d'intérêt public : il faut que les instances politiques tiennent compte dans leurs décisions des souhaits des médecins généralistes. La qualité de vie, fondamentale pour les jeunes médecins, doit donc être priorisée dans le système de santé à venir de la France.

Le Président du jury,

Pr. BONIN

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 25 Juin 2013
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

- 1/ ISNAR -IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. Résultats. [Internet]. 2011 [cité le 08/02/2017]. Disponible: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
- 2/ 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. [Thèse de médecine]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2016.
- 3/ OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2000 : pour un système de santé plus performant. [Internet]. 2000 [cité le 19/02/2017]. Disponible: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_fr.pdf
- 4/ Legifrance. Code de la santé publique - Article L4130-1. [Internet]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020885673&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 5/ Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. CNOM. La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2013. [Internet]. 2013 [cité le 19/02/2017]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/bourgogne_2013.pdf
- 6/ Legifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. [Internet]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000625158&categorieLien=id>
- 7/ Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Coldefy M. IRDES. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients: des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. Questions d'économies et de santé. 2016;219:1-8. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf>
- 8/ Bouet P. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés 2007/2017- les territoires au cœur de la réflexion. Situation au 1^{er} janvier 2017. [Internet]. 2017 [cité le 09/06/2018]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1sogkeq/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
- 9/ Barlet M, Collin C. DREES. Localisation des professionnels de santé libéraux. Comptes nationaux de la santé. 2009:30p. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_localisation_pro_sante_cns2009.pdf
- 10/ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Instruction DGOS/R2/DSS no 2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique. BO Santé – Protection sociale – Solidarité. 2012;2012(1):206-222. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0085.pdf
- 11/ URPS Médecin Libéral en Bourgogne Franche Comté. Géosanté : le schéma de démographie médicale pour les généralistes. [Internet]. 2016 [cité le 09/06/2018]. Disponible: <http://www.urps-ml-bfc.org/portfolio/schema-de-demographie-medicale-geosante/>
- 12/ Insee. Définitions, méthodes et qualité : espace rural. [Internet]. 2016 [cité le 09/06/2018]. Disponible: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espacerural.htm>

- 13/ Insee. Définitions, méthodes et qualité : aire urbaine. [Internet]. 2016 [cité le 09/06/2018]. Disponible: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/aireurbaine.htm>
- 14/ Maisonneuve M. Difficultés socio professionnelles rencontrées par les médecins généralistes exerçant en milieu rural dans l'Oise en 2016 : étude la qualité de vie. [Thèse de médecine]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2016
- 15/ D'Amico R. Le métier de médecin rural en France. Historique depuis la Révolution Française. Enquête sur l'état des lieux et les perspectives futures. [Thèse de médecine]. Nancy, France : Université Henri Poincaré; 2005
- 16/ Bachelet M, Anguis M. DREES. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Etudes et Résultats. 2017;1011:6p. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
- 17/ URPS Médecins libéraux de Bourgogne. L'avenir de la médecine libérale en Bourgogne : enquête sur les freins et leviers à l'installation. [Internet]. 2011 [cité le 19/02/2017]. Disponible: <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/11/rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf>
- 18/ Guais-Lerat F. MSA Services Bourgogne Franche Comté. Etude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne : rapport d'étude. [Internet]. 01/07/2015 [cité le 09/06/2018]. Disponible: http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/ARS/PAPS_V2/2015_MSAServicesBFC - Rapport etude installation MG Bourgogne DEF 2 .pdf
- 19/ Bornarel F. Conditions d'exercice des médecins généralistes du bassin mâconnais et suggestions d'amélioration. [Thèse de médecine]. Dijon, France : Université de Bourgogne; 2015
- 20/ ARS Bourgogne. Le pacte territoire - santé en Bourgogne : dossier de presse. [Internet]. 03/2013 [cité le 19/02/2017]. Disponible: http://www.saone-et-loire.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_territoire_sante_DP_Bourgognex.pdf
- 21/ Conseil départemental de Saône-et-Loire de l'Ordre des Médecins. Aide à l'installation : communiqué de synthèse. [Internet]. 2018 [cité le 02/02/2019]. Disponible: <http://www.conseil71.ordre.medecin.fr/content/aide-%C3%A0-l'installation>
- 22/ Le journal de Saône et Loire. Chalonnais santé. Médecins généralistes : des perspectives inquiétantes. [Internet]. 30/03/2017 [cité le 18/06/2018]. Disponible: <https://www.lejsl.com/edition-de-chalon/2017/03/30/medecins-generalistes-des-perspectives-inquietantes>
- 23/ Département de Saône et Loire. Lutte contre la désertification médicale. Dossier de presse. 19/06/2017
- 24/ Vaugrente A. Installeunmédecin.com, un site pour lutter contre les déserts médicaux. Pourquoi Docteur. Questions d'actu. [Internet]. 11/10/2013 [cité le 19/02/2017]. Disponible: <https://www.pourquoidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/3907-Installeunmedecincom-un-site-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux>
- 25/ Saône et Loire le département, conseil général. 37,5°C, température idéale pour s'installer en Saône et Loire ! Signature officielle des premières conventions attribuées dans le cadre du dispositif : dossier de presse.

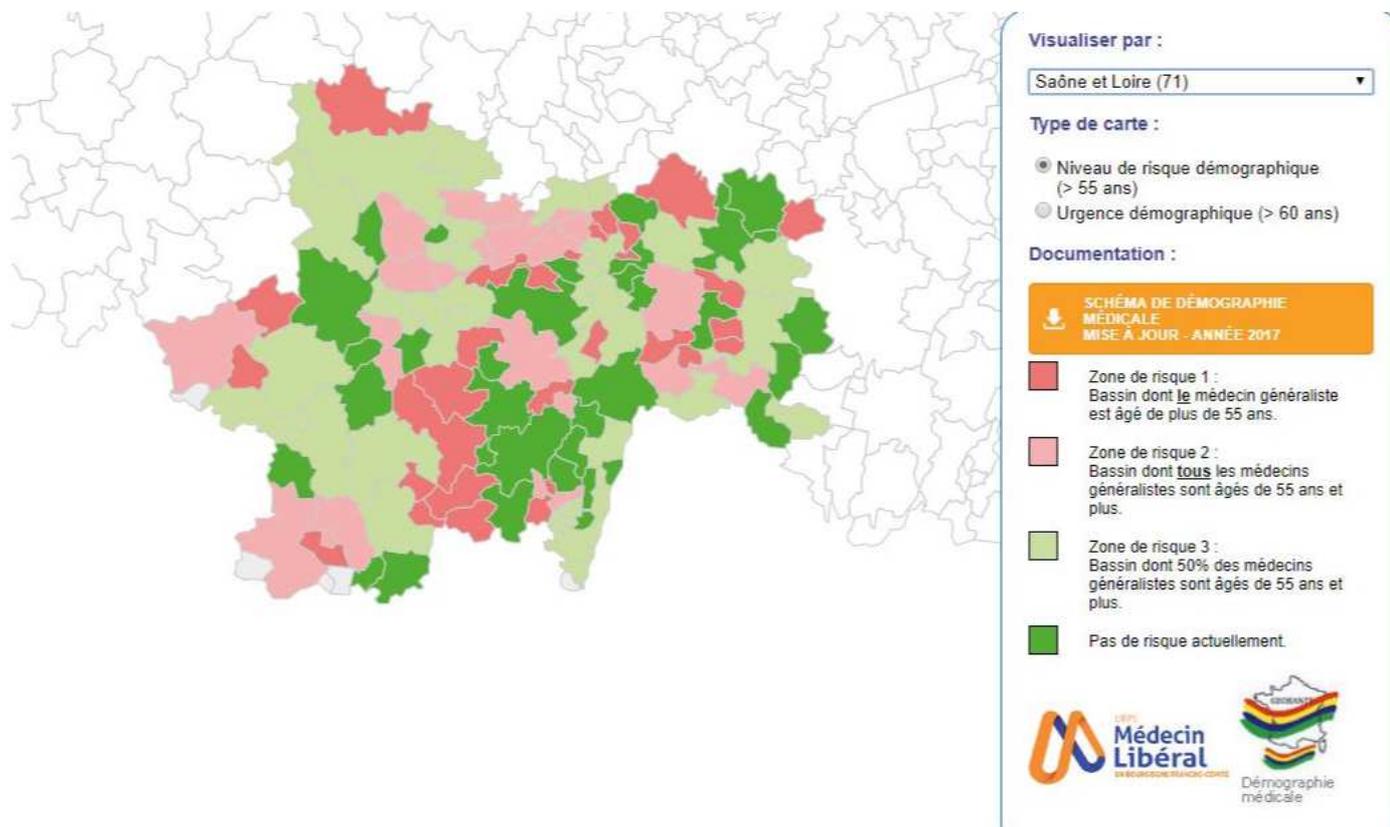
- 26/ France 3 Bourgogne Franche Comté. Saône-et-Loire : un centre de santé départemental pour lutter contre la désertification médicale. [Internet]. 19/06/2017 [cité le 02/02/2019]. Disponible: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/bourgogne-franche-comte/saone-et-loire/saone-loire-centre-sante-departemental-lutter-contre-desertification-medicale-1282663.html>
- 27/ Vivre-a-chalon.com. CD71 : Une première en France pour recruter des médecins généralistes ! Lutte contre la désertification médicale, projet de création d'un centre de santé départemental. [Internet]. 20/06/2017 [cité le 02/02/2019]. Disponible: http://www.vivre-a-chalon.com/lire_CD71-_-Une-premiere-en-France-pour-recruter-des-medecins-generalistes-_2303ca77ac2efaf41fa504d3b2f8afd350a98e87.html
- 28/ Saône et Loire le département. Inauguration du centre de santé départemental : une première en France. Dossier de presse. [Internet]. 25/01/2018 [cité le 02/02/2019]. Disponible: http://agri71.fr/public/media/1_Reportages/2018/Conseil_Departemental_71/Centre_departemental_Sante/2789_De_partement_CDSante_Page_6.pdf
- 29/ Bouet P, Rault JF, Lebreton-Lerouillois G. CNOM. Atlas de la démographie médicale. Situation au 1^{er} janvier 2015. [Internet]. 2015 [cité le 19/02/2017]. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
- 30/ Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. Etudes et Résultats. 2004;352:12p. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er352.pdf>
- 31/ Legifrance. Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. [Internet]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000781627>
- 32/ ARS Bourgogne Franche Comté. L'ARS élargit les zones éligibles aux aides à l'installation de médecins : communiqué de presse. [Internet]. 07/12/2017 [cité le 02/02/2019]. Disponible: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2017-12/2017.12.07%20ZONAGE1.pdf>
- 33/ Rault J-F. CNOM. La démographie médicale en région Bourgogne. Situation en 2015.
- 34/ Ministère des solidarités et de la santé, Accès territorial aux soins : les initiatives de la région Bourgogne-Franche-Comté. [Internet]. 05/02/2018 [cité le 02/02/2019]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/acces-territorial-aux-soins-les-initiatives-de-la-region-bourgogne-franche>
- 35/ ARS. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. STATISS. Bourgogne Franche Comté. [Internet]. 2016 [cité le 07/07/2018]. Disponible: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2019-03/Statiss2016.pdf>
- 36/ INSEE. Base des bassins de vie. [Internet]. 28/03/2019 [cité le 20/04/2019]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/information/2115016>
- 37/ Montagnon G. Démographie en bourgogne et Saône et Loire (Source Données Démographiques du CNOM en 2015). Communiqué de presse. 2016
- 38/ OMS Europe. Promotion de la santé, charte d'Ottawa. [Internet]. 1986 [cité le 12/06/2017]. Disponible: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

- 39/ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Haut Comité de la santé publique. La santé en France 1994-1998. La documentation française. Paris ; 1998
- 40/ WHOQOL Group. Development of the WHOQOL : rational and current status. International Journal of Mental Health. 1994;23:24-56
- 41/ Lepage A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie. Méthodes et applications. Paris : ESTEM ; 2001
- 42/ Rejeski WJ, Mihalko SL. Physical activity and quality of life in older adults. Journals of Gerontology Series A. 2001;56:23-35
- 43/ Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins généralistes exerçant en milieu rural ou urbain. [Thèse de médecine]. Nancy, France : Université Henri Poincaré; 2003
- 44/ Derbez B. La (dé)mesure de la qualité de vie. Pratiques. 2016 ; 73 :52-55
- 45/ Ministère des solidarités et de la santé. Présentation de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « prendre soin de ceux qui nous soignent ». Discours de Marisol Touraine. [Internet]. 05/12/2016 [cité le 13/08/2018]. Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/discours-de-marisol-presentation-de-la-strategie-nationale-d-amelioration-de-la>
- 46/ Ministère des affaires sociales et de la santé. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie) : guide de prévention, repérage et prise en charge. [Internet]. 2017 [cité le 13/08/2018]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
- 47/ Freudenberg H. Staff burnout. Journal of Social Issues. 1974;30
- 48/ Jackson S, Leiter M, Maslach C. Maslach burnout inventory manual.
- 49/ Jakubovitch S (DREES), Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. (ORS). Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. Mars 2012;797:1-8. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
- 50/ Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. ORS. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et Résultats. Août 2008;649:1-8. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
- 51/ Bellamy V, Beaumel C. INSEE. La nuptialité la plus basse depuis 1950. [Internet]. 2013 [cité le 19/06/2017]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379729#consulter>
- 52/ Besset M, Darbelet D. Qualité de vie des médecins généralistes: influence du lieu et des modalités d'exercice. Enquête transversale auprès de 1240 médecins généraliste en Auvergne. [Thèse de médecine]. Clermont Ferrand, France : Université d'Auvergne; 2010
- 53/ Hilbrand G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes selon leur lieu d'exercice. [Thèse de médecine]. Lyon I, France : Université Claude Bernard; 2008

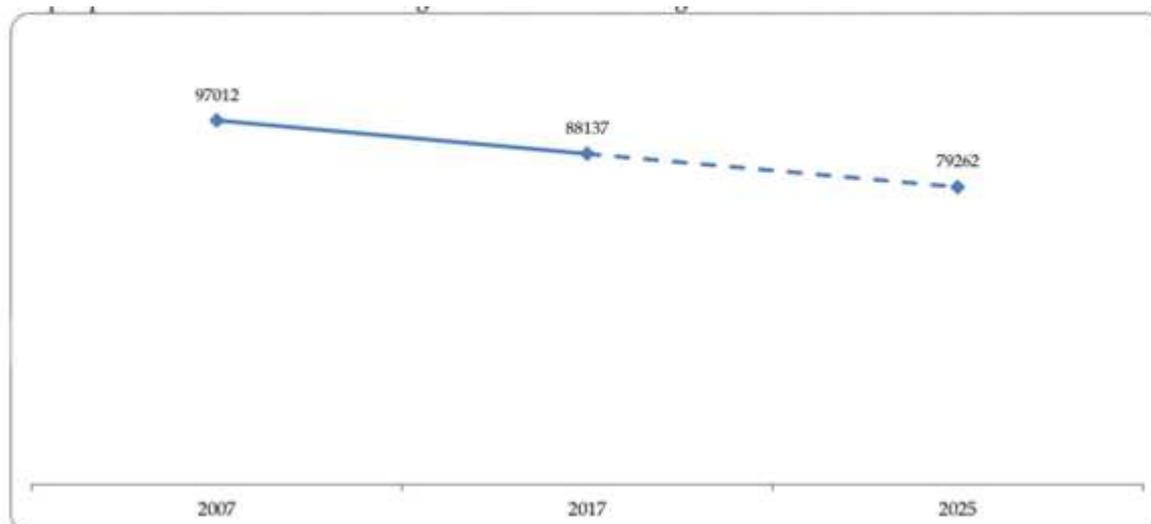
- 54/ Menard C, Leon C. INPES. Activité professionnelle et santé, quels liens? Baromètre santé 2005. [Internet]. 2005 [cité le 19/06/2017]. Disponible: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_profession-sante.pdf
- 55/ Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? [Thèse de médecine]. Lyon I, France : Université Claude Bernard; 2017
- 56/ Brunon S. Impact du bilan de compétences sur la qualité de vie du médecin généraliste. [Thèse de médecine]. Créteil, France : Université Paris Val de Marne; 2007
- 57/ Bersac S. Etude des caractéristiques socioprofessionnelles influençant la qualité de vie des médecins généralistes ruraux du département des Alpes-Maritimes. [Thèse de médecine]. Nice, France : Université de Nice Sophia Antipolis; 2007
- 58/ Girardot-Conscience B. La qualité de vie des médecins généralistes en maison de santé dans le Jura. [Thèse de médecine]. Besançon, France : Université de Franche Comté; 2015
- 59/ Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. Scand J Public Health. Juin 2000;28(2):123-31
- 60/ Veauvy C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. [Thèse de médecine]. Tours, France : Université François Rabelais; 2014
- 61/ Delattre E. L'exercice de la médecine générale rurale picarde est-il compatible avec l'épanouissement du médecin ? [Thèse de médecine]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2013
- 62/ Truchot D. URML de Bourgogne. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. 2002
- 63/ Pralus L. AMGR : l'association qui prend soin des internes. L'Essor. [Internet]. 06/04/2018 [cité le 02/02/2019]. Disponible: <https://www.essor42.fr/amgr-l-association-qui-prend-soin-des-internes-20875.html>
- 64/ Bilodeau H, Leduc N. Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées. Cahiers de sociologie et de démographie médicale. 2003;43(3):485-504

ANNEXES

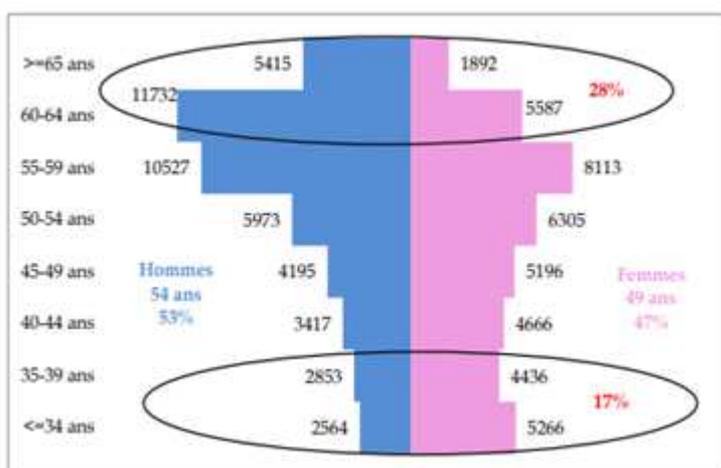
Annexe 1 : URPS Bourgogne Franche Comté, Géosanté : situation en Saône et Loire (11)



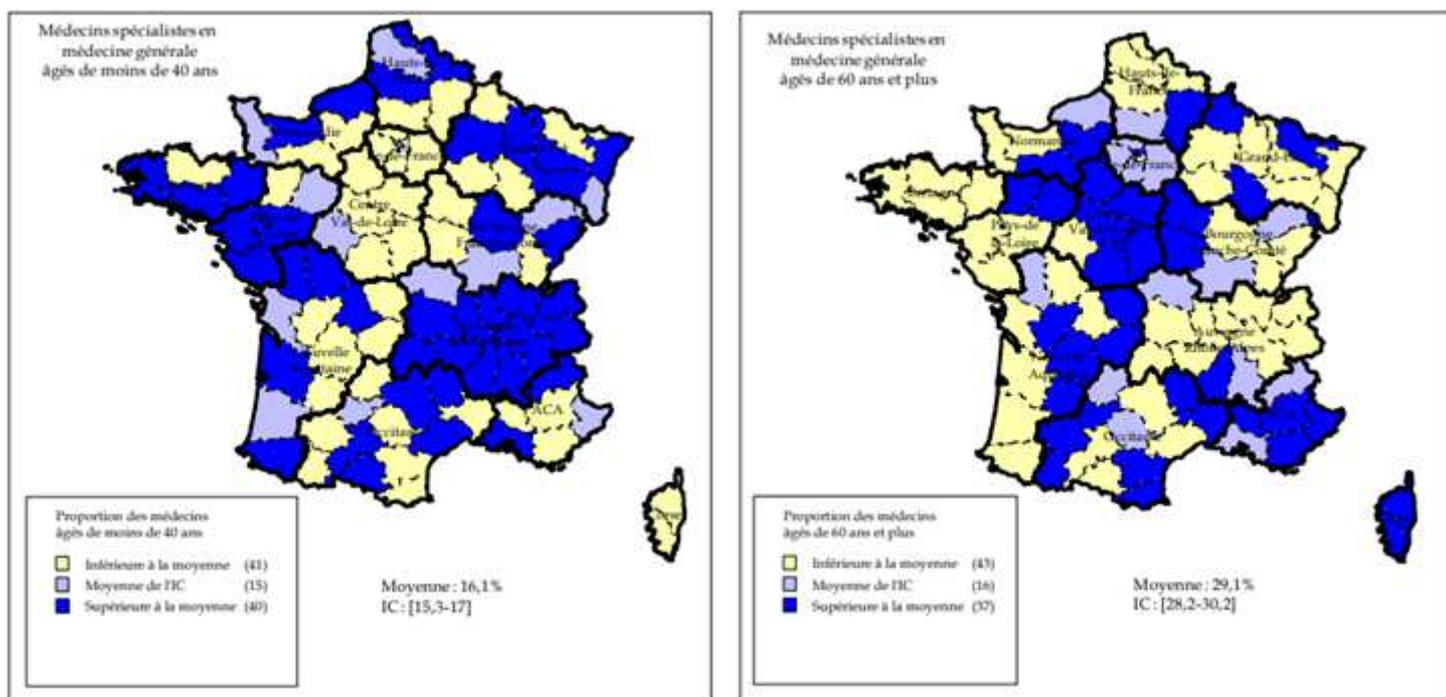
Annexe 2 : Nombre de médecins généralistes français en activité régulière : de l'observé à l'attendu en 2017 (8)



Annexe 3 : Pyramide des âges des médecins généralistes français en 2017 (8)



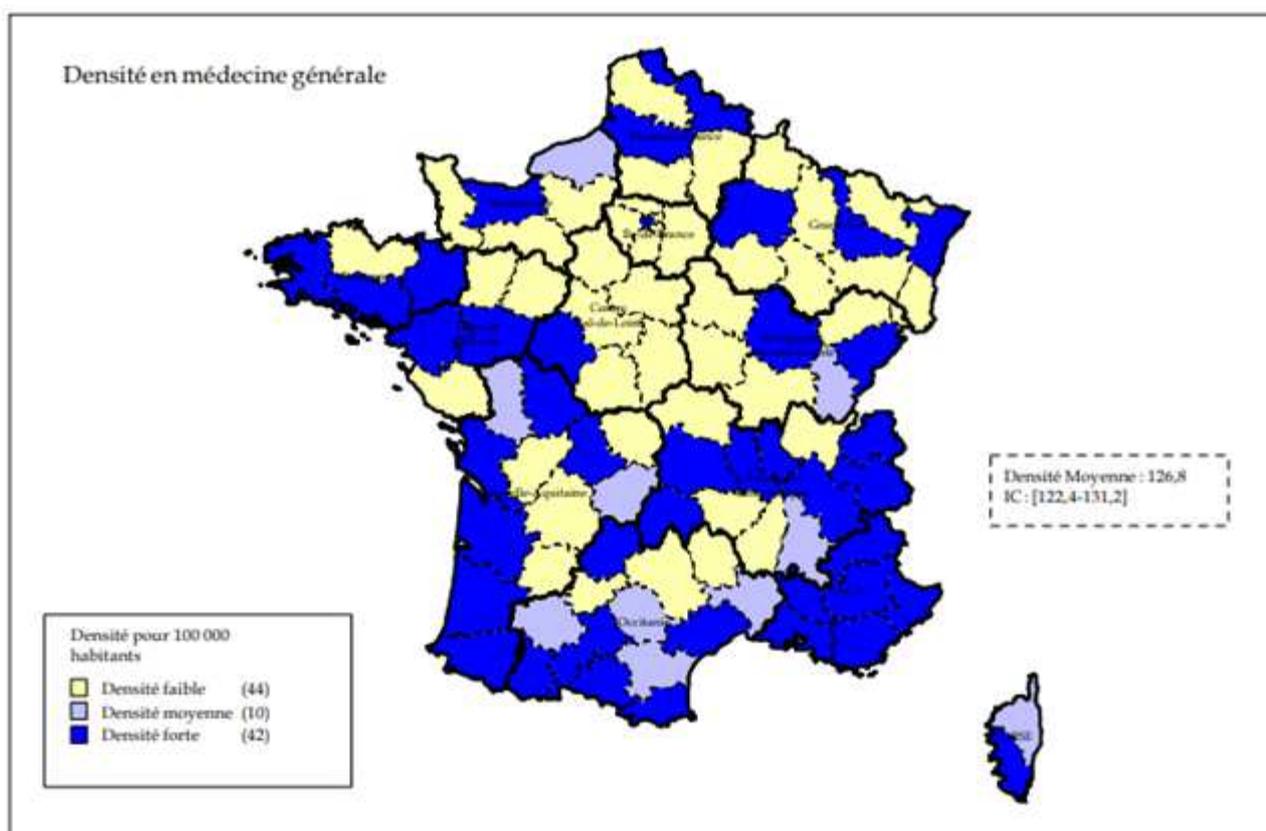
Annexe 4 : Proportion des médecins généralistes âgés de moins de 40 ans et 60 ans et plus en 2017 (8)



Annexe 5 : Modes d'exercice en médecine générale par genre (8)

| | Libéral | Mixte | Salarié | Total |
|--------|---------|-------|---------|-------|
| Hommes | 30412 | 3586 | 12627 | 46625 |
| Femmes | 19229 | 2242 | 19953 | 41424 |
| Total | 49641 | 5828 | 32580 | 88049 |

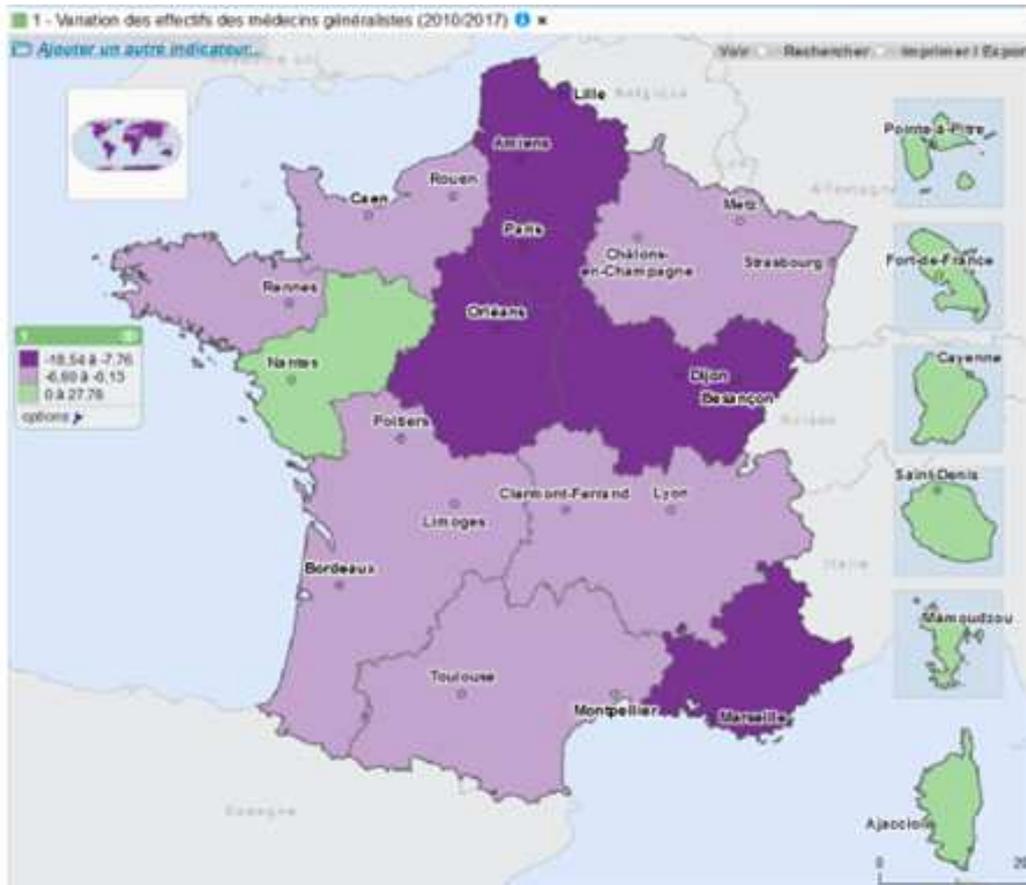
Annexe 6 : Densité des médecins spécialistes en médecine générale en France en 2017 (8)



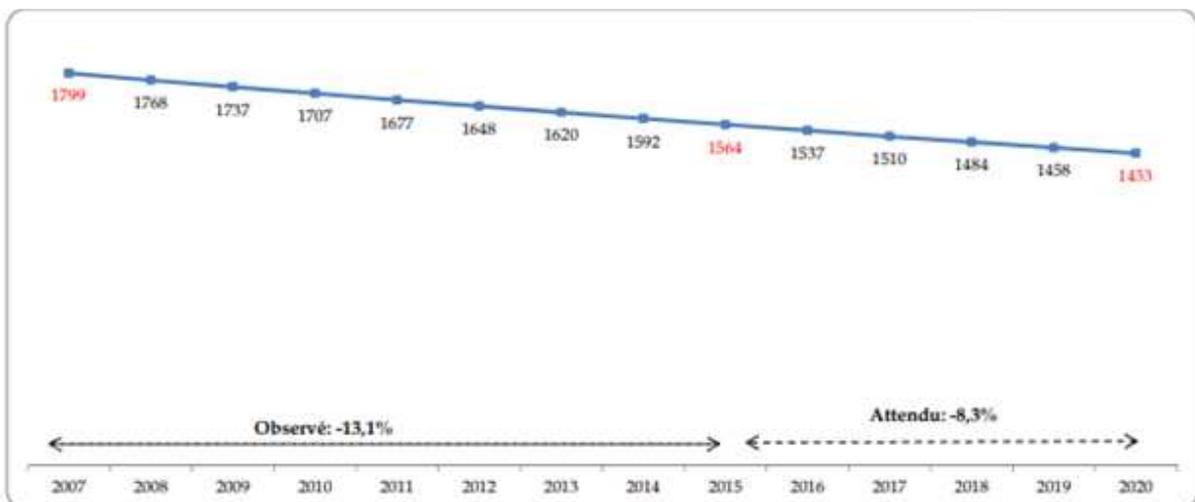
Annexe 7 : Densité régionale des médecins généralistes libéraux et mixtes, comparaison 2007-2015 (29)

| Région | Densité 2007 | Densité 2015 | variation |
|----------------------|--------------|--------------|-----------|
| Alsace | 100,8 | 95,5 | -5,3% |
| Aquitaine | 112,7 | 100,1 | -11,2% |
| Auvergne | 100,2 | 88 | -12,2% |
| Basse-Normandie | 88,5 | 79,9 | -9,7% |
| Bourgogne | 93,8 | 78,6 | -16,2% |
| Bretagne | 95,8 | 87,9 | -8,2% |
| Centre | 86,8 | 73,4 | -15,4% |
| Champagne-Ardenne | 95,9 | 81,6 | -14,9% |
| Corse | 99,5 | 94,2 | -5,3% |
| Franche-Comté | 97,8 | 92 | -5,9% |
| Haute-Normandie | 91,8 | 80,8 | -12,0% |
| Ile-de-France | 88,7 | 73 | -17,7% |
| Languedoc-Roussillon | 118,6 | 107,7 | -9,2% |
| Limousin | 117,5 | 102,4 | -12,9% |
| Lorraine | 96,8 | 85 | -12,2% |
| Midi-Pyrénées | 109,7 | 96,6 | -11,9% |
| Nord-Pas-de-Calais | 104,3 | 90,2 | -13,5% |
| Pays-de-la-loire | 89,7 | 83,7 | -6,7% |
| Picardie | 88,8 | 75,8 | -14,6% |
| Poitou-Charentes | 103,8 | 89,2 | -14,1% |
| PACA | 126,6 | 106,9 | -15,6% |
| Rhône-Alpes | 95,2 | 88,8 | -6,7% |

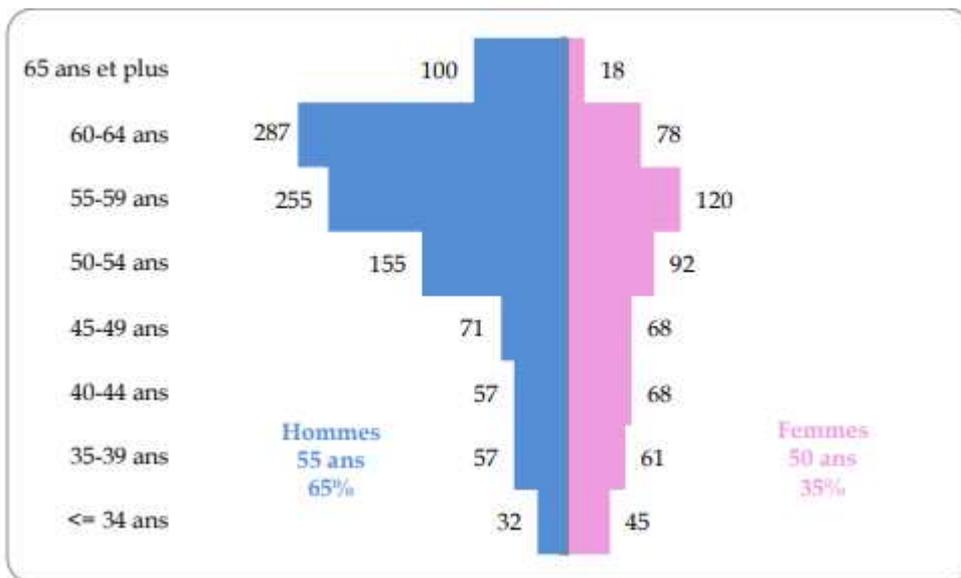
Annexe 8 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale sur la période 2010/2017 (8)



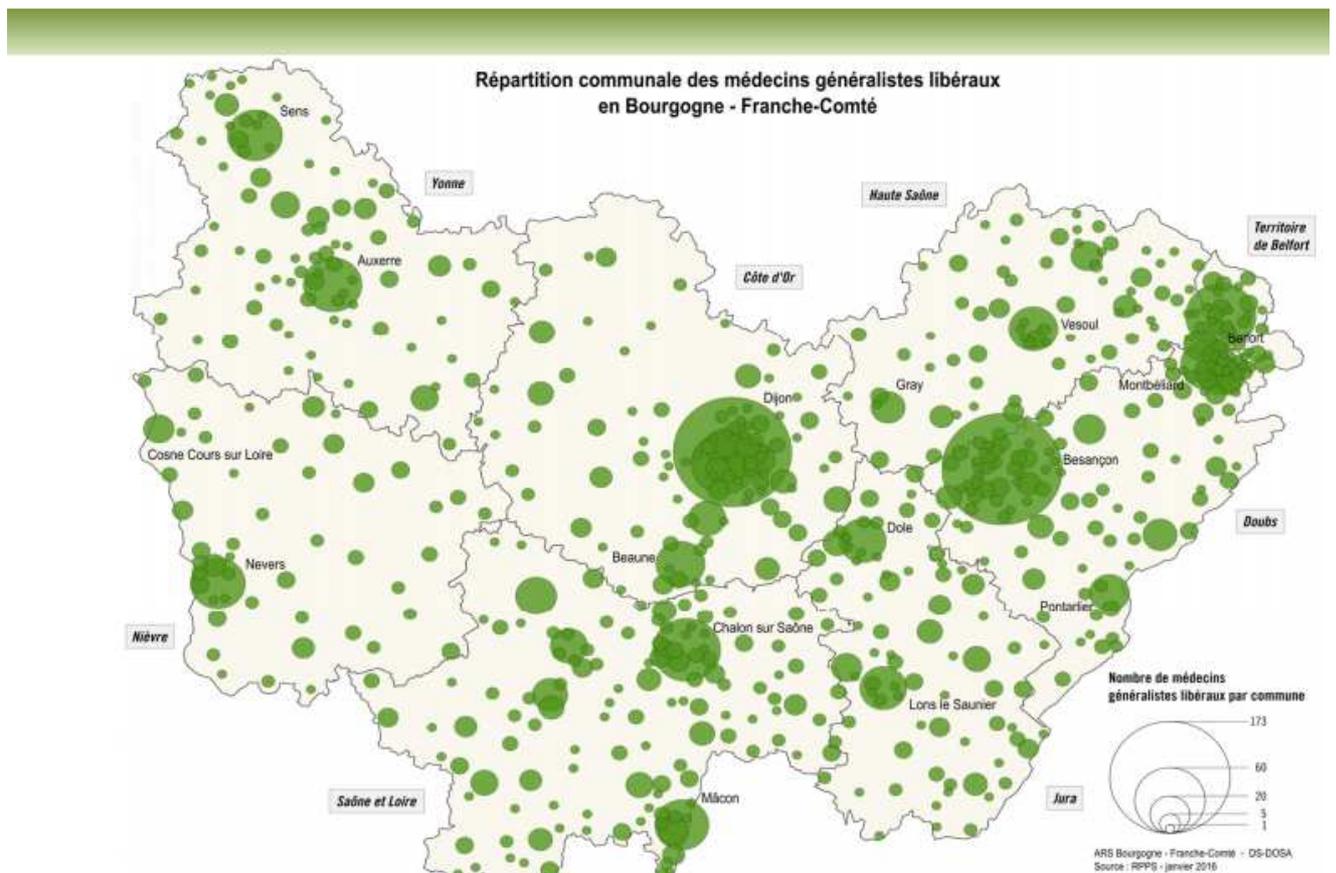
Annexe 9 : Nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes en Bourgogne en 2015 : de l'observé à l'attendu (33)



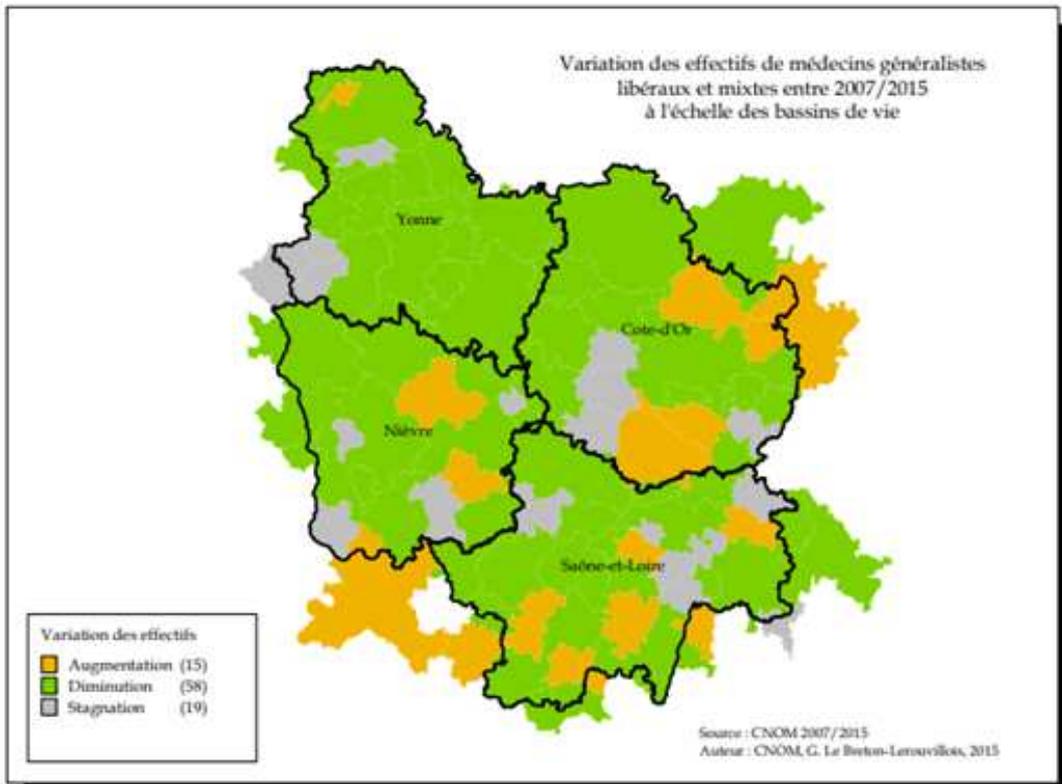
Annexe 10 : Pyramide des âges des médecins généralistes en Bourgogne en 2015 (33)



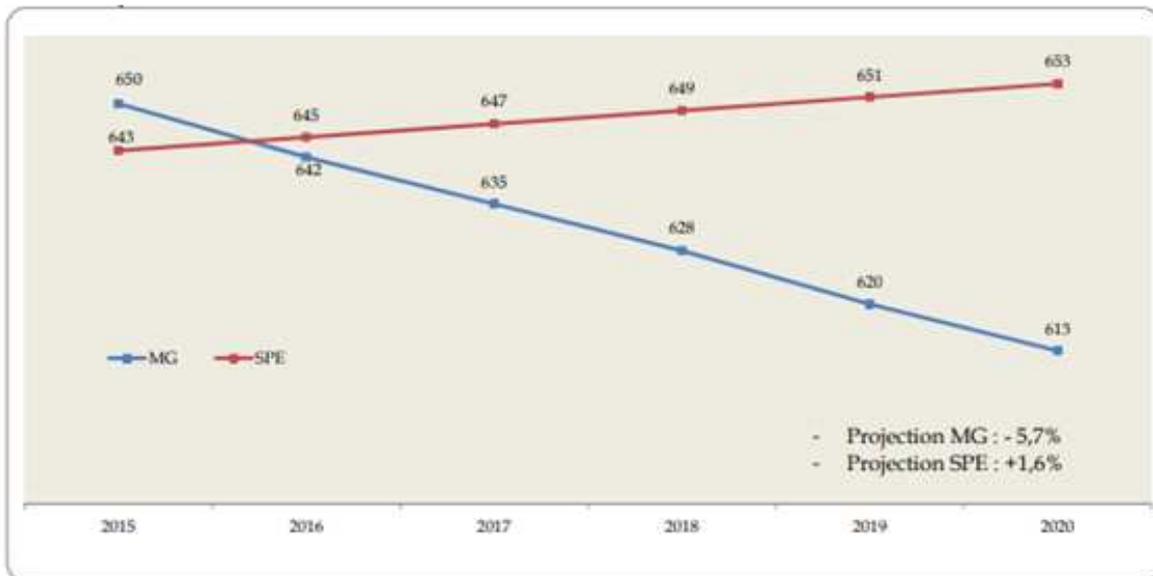
Annexe 11 : Répartition communale des médecins généralistes libéraux en Bourgogne Franche Comté en 2016 (35)



Annexe 12 : Variation des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie entre 2007 et 2015 (33)



Annexe 13 : Nombre de médecins généralistes et spécialistes en activité régulière en Saône et Loire en 2015 (33)



Annexe 14 : Age et genre des médecins généralistes de Saône et Loire en 2015 (33)

| Département | Moyenne d'âge | % femmes | % <40 ans | % >=60ans |
|----------------|---------------|----------|-----------|-----------|
| Côte d'Or | 51 | 48% | 17% | 24% |
| Nièvre | 55 | 33% | 8% | 34% |
| Saône et Loire | 52 | 42% | 14% | 29% |
| Yonne | 54 | 38% | 8% | 32% |

Annexe 15 : Age et type d'exercice des médecins généralistes libéraux et mixtes de Saône et Loire en 2015 (33)

| Département | Moyenne d'âge | %>60 ans | %<40 ans | Proportion exercice individuel |
|----------------|---------------|----------|----------|--------------------------------|
| Côte-d'Or | 51,9 | 20,1% | 15,7% | 47,7% |
| Nièvre | 55,6 | 33,1% | 8% | 45,4% |
| Saône-et-Loire | 53,4 | 29,3% | 12,9% | 46,9% |
| Yonne | 55,2 | 29,0% | 7,1% | 44,5% |

Annexe 16 : Densité pour 100 000 habitants des médecins généralistes et spécialistes en activité régulière de Saône et Loire en 2015 et projection pour 2020 (33)

| Département | Densité en activité régulière | | Généralistes | | Spécialistes | |
|----------------|-------------------------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| | 2015 | 2020 | 2015 | 2020 | 2015 | 2020 |
| Côte d'Or | 341,7 | 344,3 | 142,2 | 136,3 | 199,5 | 210,4 |
| Nièvre | 203,5 | 187,2 | 111,3 | 98,6 | 92,1 | 92,9 |
| Saône et Loire | 250,5 | 251,6 | 125,9 | 122 | 124,6 | 132,4 |
| Yonne | 193,7 | 175,1 | 110,2 | 97,2 | 83,5 | 79 |

Annexe 17 : le questionnaire

Identification

Date

Nom

Prénom

Caractéristiques

Sexe : masculin / féminin

Age

Date de première installation

Faculté d'externat

Faculté d'internat

Délai d'installation après la fin de l'internat

Type d'exercice : en groupe / seul ; libéral / salarié / mixte ; urbain / semi-rural / rural

Conditions de travail

Nombre de demi-journées travaillées par semaine : de 1 à 14

Nombre de consultations par jour

Type de consultation : libre / sur rendez-vous / mixte

Nombre de visites par jour

Nombre de semaines de vacances par an

Nombre de gardes de week-end par an

Participation à des échanges de pratique ; oui / non

Patientèle dominante : pédiatrique / adulte / gériatrique

Cabinet informatisé : oui / non

Secrétariat : sur place / à distance / non

Femme de ménage : oui / non

WHOQOL-BREF

Date : Nom : Prénom :

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

| | | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|--|
| 1 | Comment évaluez-vous votre qualité de vie ? | Très faible <input type="checkbox"/> | faible <input type="checkbox"/> | ni faible ni bonne <input type="checkbox"/> | bonne <input type="checkbox"/> | très bonne <input type="checkbox"/> |
| 2 | Etes-vous satisfait(e) de votre santé ? | très insatisfait(e) <input type="checkbox"/> | insatisfait(e) <input type="checkbox"/> | ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/> | satisfait(e) <input type="checkbox"/> | très satisfait(e) <input type="checkbox"/> |
| 3 | La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ? | Pas du tout <input type="checkbox"/> | un peu <input type="checkbox"/> | modérément <input type="checkbox"/> | beaucoup <input type="checkbox"/> | extrêmement <input type="checkbox"/> |
| 4 | Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Aimez-vous votre vie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Estimez-vous que votre vie a du sens ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Etes-vous capable de vous concentrer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Vivez-vous dans un environnement sain ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Acceptez-vous votre apparence physique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | | | | | |
|----|--|--|---|--|---|--|
| 15 | Comment arrivez-vous à vous déplacer ? | très difficilement <input type="checkbox"/> | difficilement <input type="checkbox"/> | assez facilement <input type="checkbox"/> | facilement <input type="checkbox"/> | très facilement <input type="checkbox"/> |
| 16 | Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ? | très insatisfait(e) <input type="checkbox"/> | insatisfait(e) <input type="checkbox"/> | ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/> | satisfait(e) <input type="checkbox"/> | très satisfait(e) <input type="checkbox"/> |
| 17 | Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Etes-vous satisfait(e) de vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 | Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 | Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 | Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 | Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ? | jamais <input type="checkbox"/> | parfois <input type="checkbox"/> | assez souvent <input type="checkbox"/> | très souvent <input type="checkbox"/> | tout le temps <input type="checkbox"/> |

Annexe 18 : les réponses à chaque question du WHOQOL BREF

Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?

| | |
|----------------------|-----------|
| - Très bonne | 20,24% |
| - Bonne | 48,81% |
| - Ni faible ni bonne | 27,38% |
| - Faible | 3,57% (3) |

Etes-vous satisfait de votre santé ?

| | |
|-------------------------------|--------|
| -Très satisfait | 15,48% |
| - Satisfait | 50,00% |
| - Ni satisfait ni insatisfait | 20,24% |
| - insatisfait | 10,71% |
| - Très insatisfait | 3,57% |

La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?

| | |
|---------------|--------|
| - Modérément | 9,52% |
| - Un peu | 22,62% |
| - Pas du tout | 67,86% |

Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 3,57% |
| - Beaucoup | 2,38% |
| - Modérément | 4,76% |
| - Un peu | 19,05% |
| - Pas du tout | 70,24% |

Aimez-vous votre vie ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 9,52% |
| - Beaucoup | 64,29% |
| - Modérément | 23,81% |
| - Un peu | 2,38% |

Estimez-vous que votre vie a du sens ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 15,48% |
| - Beaucoup | 60,71% |
| - Modérément | 21,49% |
| - Un peu | 2,38% |

Etes-vous capable de vous concentrer ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 9,52% |
| - Beaucoup | 70,24% |
| - Modérément | 19,05% |
| - Un peu | 1,19% |

Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 13,10% |
| - Beaucoup | 63,10% |
| - Modérément | 20,24% |
| - Un peu | 1,19% |
| - Pas du tout | 2,38% |

Vivez-vous dans un environnement sain ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 21,43% |
| - Beaucoup | 65,48% |
| - Modérément | 11,90% |
| - Pas du tout | 1,19% |

Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 4,76% |
| - Beaucoup | 51,19% |
| - Modérément | 36,90% |
| - Un peu | 3,57% |
| - Pas du tout | 3,57% |

Acceptez-vous votre apparence physique ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 3,57% |
| - Beaucoup | 50% |
| - Modérément | 38,10% |
| - Un peu | 5,95% |
| - Pas du tout | 2,38% |

Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 3,57% |
| - Beaucoup | 55,95% |
| - Modérément | 35,71% |
| - Un peu | 3,57% |
| - Pas du tout | 1,19% |

Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?

| | |
|---------------|--------|
| - Extrêmement | 9,52% |
| - Beaucoup | 67,86% |
| - Modérément | 17,86% |
| - Un peu | 4,76% |

Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?

| | |
|--------------|--------|
| - Beaucoup | 26,19% |
| - Modérément | 32,14% |
| - Un peu | 32,14% |

- Pas du tout 9,52%

Comment arrivez-vous à vous déplacer ?

- Difficilement 1,19%
- Assez facilement 11,90%
- Facilement 27,38%
- Très facilement 59,52%

Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?

- Très satisfait(e) 16,67%
- Satisfait(e) 46,43%
- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 20,24%
- Insatisfait(e) 14,29%
- Très insatisfait(e) 2,38%

Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?

- Très satisfait(e) 3,57%
- Satisfait(e) 48,81%
- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 28,57%
- Insatisfait(e) 15,48%
- Très insatisfait(e) 3,57%

Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?

- Très satisfait(e) 8,33%
- Satisfait(e) 63,10%
- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 22,62%
- Insatisfait(e) 5,95%

Etes-vous satisfait(e) de vous ?

- Très satisfait(e) 4,76%
- Satisfait(e) 60,71%
- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 29,76%
- Insatisfait(e) 4,76%

Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?

- Très satisfait(e) 9,52%
- Satisfait(e) 66,67%
- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 15,48%
- Insatisfait(e) 8,33%

Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?

- Très satisfait(e) 15,48%
- Satisfait(e) 59,52%
- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 15,48%
- Insatisfait(e) 8,33%

- Très insatisfait(e) 1,19%

Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?

- Très satisfait(e) 21,43%

- Satisfait(e) 57,14%

- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 20,24%

- Insatisfait(e) 1,19%

Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?

- Très satisfait(e) 35,71%

- Satisfait(e) 48,81%

- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 14,29%

- Insatisfait(e) 1,19%

Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?

- Très satisfait(e) 14,29%

- Satisfait(e) 41,67%

- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 23,81%

- Insatisfait(e) 17,86%

- Très insatisfait(e) 2,38%

Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?

- Très satisfait(e) 33,33%

- Satisfait(e) 57,14%

- Ni insatisfait(e) ni satisfait(e) 7,14%

- Insatisfait(e) 1,19%

- Très insatisfait(e) 1,19%

Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

- Très souvent 4,76%

- Assez souvent 10,71%

- Parfois 63,10%

- Jamais 21,43%

TITRE DE LA THESE : ETUDE DE LA QUALITE DE VIE DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES EN SAONE ET LOIRE ENTRE 2004 ET 2014

AUTEUR : BASSET JULIETTE

RESUME :

Introduction : Malgré des mesures incitatives financières mises en place en Saône et Loire, le manque de médecins généralistes continue à s'aggraver. Nous nous sommes intéressée à la qualité de vie des médecins généralistes installés dans ce département.

Méthode : Cette étude descriptive quantitative a concerné 103 médecins généralistes installés entre 2004 et 2014 en Saône et Loire. Ils ont reçu par mail un questionnaire de qualité de vie validé, le WHOQOL BREF, précédé de questions socio-démographiques. Les données ont été recueillies du 17/05/2016 au 28/07/2016 et traitées par un statisticien.

Résultats : Le taux de réponse est de 81,6%. La majorité des médecins exercent en groupe et en libéral, ont secrétariat et femme de ménage, font 25 consultations par jour sur rendez-vous, travaillent entre 8 et 9 demi-journées par semaine, et prennent 6 semaines de vacances par an. 68% des médecins généralistes jugent bonne ou très bonne leur qualité de vie ; 65% sont satisfaits de leur santé et de leur sommeil. Environ 75% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur vie sexuelle, du soutien de leurs amis et de leurs relations avec autrui ; 85% sont satisfaits ou très satisfaits de leur lieu de vie. Près de 70% des médecins sont satisfaits ou très satisfaits de leur capacité à effectuer leur activité professionnelle, toutefois 63% des médecins ont parfois des sentiments négatifs.

Conclusion : Les instances politiques locales et publiques doivent, pour inciter aux installations, considérer avant tout les critères de qualité de vie des médecins.

MOTS-CLES : Médecins généralistes – Saône et Loire - Qualité de vie – Questionnaire – Densité médicale