



Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire

Vague d'enquête 4 - 2008

Rapport détaillé

Juin 2010

**OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE
UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DES PAYS DE LA LOIRE**



- Cette étude s'appuie principalement sur les données issues de la quatrième vague d'enquête du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, menée en 2007. Le questionnaire de cette vague d'enquête a été conçu par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales de médecins libéraux (URML) des régions Basse-Normandie, Bourgogne, et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé, avec l'appui du comité de pilotage national du Panel.
- L'étude a été réalisée par l'ORS des Pays de la Loire - *Marie-Christine Bournot, Marie-Cécile Goupil, Brice Leclère, Dr Anne Tallec, François Tuffreau* - et l'URML des Pays de la Loire - *Dr Thomas Hérault*.
- Sa réalisation a bénéficié du soutien et du financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqs) et du Groupement régional de santé publique (GRSP) des Pays de la Loire, et de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère chargé de la santé.

Nous tenons à remercier

- Drs Patrick Gasser, Luc Duquesnel, Jacques Legroux, Marie Lugand (URML), et Emmanuel Branthomme pour leur relecture attentive de ce document, les remarques et critiques qu'ils ont bien voulu nous adresser,
- Dr Denis Leguay (président de l'ORS), Sandrine Danet François Guillaumat-Tailliet, Catherine Mermillod, Lucile Olier, (Drees) et Pierre Verger (ORS PACA) pour leur contribution,
- l'Irdes pour la mise à disposition de résultats de *l'Enquête Soins et protection sociale (ESPS) 2008*, l'Inpes pour ceux relatifs à l'enquête *Baromètre santé 2005*, et la Drees pour ceux issus de l'enquête *Handicap et santé auprès des ménages (HSM) 2008*,
- les 1 900 médecins généralistes libéraux, et en particulier les 440 praticiens des Pays de la Loire, qui ont accepté de participer au Panel.

Service d'écoute téléphonique dédié aux médecins

Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux

0 826 004 580 pour vous aider à passer un cap difficile, et ce dans le **respect de l'anonymat**, 24h/24, 7 jours/7, www.aapml.fr

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION..... | 5 |
| CHAPITRE I - VIE PROFESSIONNELLE DU MEDECIN GENERALISTE..... | 7 |
| I-1 Temps de travail et diversité des tâches | 7 |
| I-2 Organisation de la semaine et de la journée de travail au sein du cabinet | 12 |
| Bibliographie | 19 |
| CHAPITRE II - VECU DU TRAVAIL ET IMPACT PSYCHOSOCIAL | 20 |
| II-1 Engagement des médecins généralistes dans leur travail..... | 20 |
| II-2 Ressenti concernant les exigences du métier | 22 |
| II-3 Perceptions en matière d'autonomie professionnelle | 24 |
| II-4 Ressenti concernant le soutien social | 26 |
| II-5 Les situations d'épuisement professionnel | 27 |
| Bibliographie | 33 |
| CHAPITRE III - L'ETAT DE SANTE DES MEDECINS GENERALISTES..... | 35 |
| III-1 Etat de santé perçu et problèmes de santé déclarés..... | 35 |
| III-2 Santé psychique | 40 |
| III-3 Surcharge pondérale..... | 49 |
| III-4 Tabagisme et consommation excessive d'alcool..... | 52 |
| Bibliographie | 60 |
| CHAPITRE IV- RECOURS AUX SOINS ET DEPISTAGE | 62 |
| IV-1 Soins de premier recours | 62 |
| IV-2 Dépistage | 64 |
| Bibliographie | 67 |
| ANNEXES..... | A1 |
| Tableaux de présentation des résultats des régressions logistiques | |
| Eléments de méthodologie | |

INTRODUCTION

La question du stress au travail est devenue en quelques années une préoccupation politique de premier plan, notamment dans certaines activités de services particulièrement concernées par les mutations technologiques, ou qui font face à une intense course à la productivité.

Cette réflexion a plus récemment trouvé un écho dans le champ de la santé, les professionnels de ce secteur devant faire face à des risques psychosociaux importants liés en particulier à des amplitudes horaires, à une densité de travail, ainsi qu'à une demande psychologique intense des patients. Les médecins généralistes sont en effet confrontés dans leurs contacts quotidiens avec les usagers à des situations émotionnelles fortes : annonce de diagnostic défavorable, de situations de handicap, accompagnement de patients jusqu'à la mort, détresses familiales... Ils savent également qu'une erreur diagnostique ou thérapeutique peut avoir des conséquences négatives pour leur patient, voire mettre en jeu le pronostic vital, dans un contexte médico-légal de plus en plus tendu.

La quatrième vague d'enquête du Panel d'observation des conditions d'exercice en médecine générale, qui a été conduite pendant l'automne 2008, a ainsi permis de recueillir l'opinion de 1 900 médecins généralistes, dont 440 dans les Pays de la Loire, autour de différentes dimensions constitutives de la santé des généralistes, en lien avec leur exercice professionnel. L'analyse proposée ici par l'Union régionale des médecins libéraux et l'Observatoire régional de la santé approche ces questions selon quatre dimensions distinctes, mais fortement liées entre elles.

La première partie de l'analyse rappelle quelques contraintes de la vie professionnelle des médecins susceptibles d'influencer leur état de santé, que ce soit en termes de temps de travail, et notamment du temps passé en contact avec les patients, d'amplitude horaire, des différentes activités liées à la gestion du cabinet...

L'analyse développe dans sa seconde partie une description du vécu au travail des médecins généralistes dans ses dimensions à la fois positives et négatives : engagement professionnel mais aussi exigences intellectuelles, charge émotionnelle, relations parfois difficiles avec les patients... Elle présente également les situations d'épuisement professionnel que peuvent éprouver certains praticiens et les différents facteurs susceptibles de les influencer.

La troisième partie du rapport présente des données sur l'état de santé déclaré des médecins généralistes, mais aussi sur leur consommation de tabac et d'alcool, leur éventuelle surcharge pondérale, et leur santé mentale. Dans la mesure où l'on dispose des mêmes questionnements que dans des enquêtes en population générale, des comparaisons ont pu être effectuées avec d'autres groupes de population, et notamment avec les cadres supérieurs.

En dernière partie, quelques enseignements sont délivrés concernant les pratiques des médecins généralistes pour eux-mêmes, pour les soins de premier recours et les différents dépitages.

Le présent rapport, lorsque cela était possible, cherche à croiser ces différents regards, et l'analyse est ainsi enrichie du rapprochement entre les situations professionnelles vécues par les médecins et leur état de santé.

L'analyse de l'état de santé des médecins comporte toutefois des limites méthodologiques qu'il est nécessaire de souligner.

Tout d'abord, par leur formation, la nature de leur activité et leur contact quotidien avec la maladie, les généralistes ont vraisemblablement une représentation de la santé qui leur est propre, et qui peut influencer la manière dont ils perçoivent leur propre santé. Cela doit donc être pris en compte dans les comparaisons avec la population générale.

Par ailleurs, l'étude concerne la population des médecins généralistes en exercice, et exclut donc de fait ceux qui ont choisi d'interrompre leur activité libérale ou de la réorienter, notamment en raison de leur état de santé. C'est ce que l'épidémiologie définit comme "l'effet du travailleur sain"(healthy worker effect).

Enfin, cette étude offre une photographie de la situation observée en médecine générale en avril-mai 2008, et certains résultats, notamment en matière de vécu du travail, sont susceptibles d'évoluer en fonction de facteurs conjoncturels.

CHAPITRE I - VIE PROFESSIONNELLE DU MEDECIN GENERALISTE

Un des buts de la quatrième vague d'enquête du Panel est de préciser l'organisation de l'activité et de l'emploi du temps des généralistes libéraux.

Outre les questions relatives au temps de travail et aux différentes activités pratiquées par les médecins généralistes, cette quatrième vague permet de préciser l'organisation hebdomadaire du travail du médecin généraliste à son cabinet et l'activité de soin et de diagnostic. Les données des Relevés individuels d'activité et de prescriptions de l'Assurance maladie (Riap) des médecins interrogés apportent des éléments complémentaires.

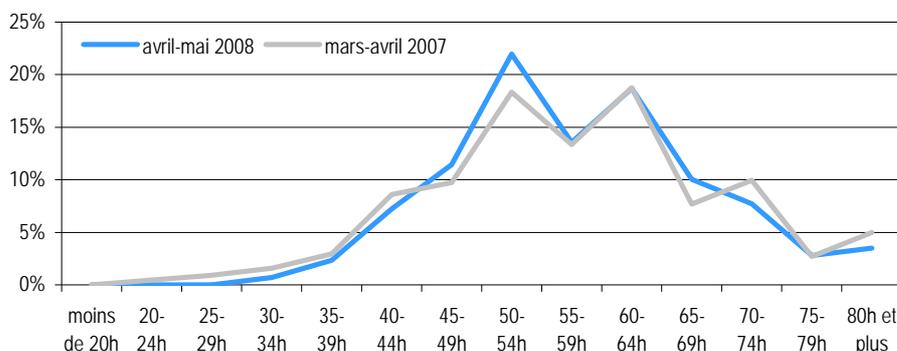
I-1 Temps de travail et diversité des tâches

Les médecins ligériens déclarent travailler en moyenne 57 heures par semaine...

- La première vague d'enquête du Panel, menée en 2007, met en évidence l'importance du temps de travail des généralistes des Pays de la Loire [1]. En effet, ces praticiens déclarent travailler au total 57 heures en moyenne au cours d'une semaine ordinaire (temps de travail salarié compris). Ce temps de travail hebdomadaire a été réévalué lors de la troisième vague d'enquête (2008) et aucune différence significative n'a été retrouvée¹ (fig.I.1).

Fig.I-1 - Evolution du temps de travail en semaine entre 2007 et 2008

Proportion de médecins déclarant avoir travaillé la semaine précédant l'enquête, en comptant toutes leurs activités professionnelles, pendant...



Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vagues 1 et 3
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Sur ces 57 heures, 53 sont dédiées à l'activité libérale et 4 heures sont consacrées à d'autres activités professionnelles².

¹ Les données de la troisième vague d'enquête servent de référence pour le temps hebdomadaire de travail dans la suite du document.

Cette comparaison est réalisée sur une cohorte de médecins.

² Ces données sont cohérentes avec celle d'une publication récente de l'Irdes qui estime à 54,6 heures le temps de travail hebdomadaire moyen d'un généraliste, dont 2 heures consacrées aux activités salariées [2] (encadré E.I-1).

- De grandes disparités du temps de travail hebdomadaire entre praticiens ont été observées en 2007, et confirmées en 2008. Ainsi, 18 % d'entre eux déclarent travailler 45 heures et moins par semaine (7 % 40 heures et moins), 58 % entre 46 et 64 heures par semaine et 24 % plus de 64 heures. Pour 14 % des praticiens, la durée habituelle de travail atteint même 70 heures et plus par semaine.

... dont 35 heures passées en consultation avec les patients

L'une des spécificités de la pratique médicale est la charge mentale résultant du contact direct avec les patients, avec leurs attentes et leurs souffrances.

Fig.I-2 - Durée des consultations des médecins généralistes à leur cabinet Pays de la Loire

Effectifs et proportions de médecins généralistes déclarant qu'une consultation à leur cabinet dure approximativement...

| | Effectif | Proportion (%) |
|---------------------|------------|----------------|
| 10 minutes et moins | 9 | 2,1 |
| 11 à 15 minutes | 185 | 43,7 |
| 16 à 20 minutes | 183 | 43,3 |
| 21 à 30 minutes | 36 | 8,5 |
| Plus de 30 minutes | 10 | 2,4 |
| Sous-total | 423 | 100,0 |
| Non répondants | 17 | - |
| Total | 440 | - |

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 3
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

- Le temps de travail consacré à des actes de diagnostic et de soins peut être estimé pour chaque médecin à partir du nombre d'actes ayant donné lieu à remboursement issu du Relevé individuel d'activité et de prescription (Riap) et de leur durée moyenne déclarée lors de l'enquête³. Selon cette estimation, les généralistes consacrent en moyenne 35 heures par semaine à des actes de diagnostic et de soins réalisés dans le cadre de leur consultations (ou visites)⁴ ; 19 % moins de 25 heures, 60 % entre 25 et 45 heures et 22 % plus de 45 heures.

³ Le temps passé en présence effective des patients a fait l'objet d'une question spécifique lors de la vague 1. Mais le résultat (en moyenne, les généralistes des cinq régions du panel déclarent travailler 45 heures en libéral *en présence effective des patients au cours d'une semaine ordinaire*) apparaissant surestimé par rapport aux données publiées par ailleurs (voir note 4 ci-dessous), il a été jugé préférable dans cette étude d'estimer cette durée selon une méthode analogue à celle utilisée par l'Irdes et le HCAAM [2,3].

Le temps passé au contact direct des patients est estimé en appliquant au nombre annuel de consultations (données de l'Assurance maladie - Relevé individuel d'activité (Riap) de 2007) leur durée moyenne déclarée par le médecin (lors de la troisième vague d'enquête en avril-mai 2008), et au nombre annuel de visites une durée moyenne de 30 mn [3]. On obtient ainsi une durée annuelle estimée de l'activité de soins et diagnostic. En divisant cette durée par le nombre de semaines travaillées dans l'année déclaré par les médecins généralistes (en vague 3), on peut estimer la durée hebdomadaire moyenne consacrée aux actes de soins et de diagnostic.

⁴ Ce résultat est cohérent avec celui de la publication de l'Irdes, qui estime à 33 heures le temps de travail hebdomadaire moyen d'un généraliste consacré aux actes de soins et de diagnostics réalisés dans le cadre de leur consultations (ou visites) en libéral, ce qui représente 60 % de la durée moyenne totale de travail hebdomadaire [2] (encadré E.I-1).

- La part que représente le nombre moyen d'heures passées en consultations (et visites) en libéral sur la durée moyenne totale de travail hebdomadaire (63 %) ⁴. Pour 26 % des médecins cette part est inférieure à 50 %, pour 36 % d'entre eux elle se situe entre 50 et 70 %, et pour 38 % elle dépasse 70 %.

- En outre, s'ajoutent à ces actes donnant lieu à un remboursement d'autres actes de diagnostic et de soins gratuits, en lien avec diverses situations : conseils téléphoniques, résultats d'examens... lors de la première vague d'enquête, ces actes sont déclarés être pratiqués par la quasi-totalité des médecins interrogés (99 %) et 76 % des généralistes déclarent en réaliser plusieurs fois par semaine, voire tous les jours [1]. Par ailleurs, les généralistes ont également des activités de soins et de diagnostic dans le cadre de leurs gardes et de leur activité salariée dans une structure autre que leur cabinet (voir ci-après).

Une grande diversité de tâches autres que celles directement en relation avec les soins délivrés aux patients

- L'activité des généralistes libéraux se caractérise également par la grande diversité de tâches qu'ils ont à mettre en œuvre. Aux tâches qui relèvent directement de la pratique médicale (échanges avec les autres professionnels de santé, formation, évaluation des pratiques...) s'ajoutent en effet celles liées à l'organisation du cabinet (secrétariat, comptabilité, gestion des locaux et du matériel, du personnel éventuel...).

Ainsi, lors des précédentes vagues d'enquêtes :

- la majorité des médecins déclarent avoir eu des échanges par téléphone ou par mel avec d'autres professionnels de santé au cours des quinze jours précédents, le plus souvent avec des médecins spécialistes (91 %) et des pharmaciens (89 %) [4],
- 43 % des médecins ligériens déclarent avoir participé tous les mois à une session de Formation médicale continue (FMC) dans l'année écoulée, et 73 % disent appartenir à une association de FMC ou à un groupe de pairs [5],
- 42 % des généralistes des Pays de la Loire déclarent en avril-mai 2008 avoir déjà réalisé une démarche d'Evaluation des pratiques professionnelles (EPP) et 21 % envisagent de s'y engager dans l'année [5].

- L'organisation du cabinet mobilise également fortement les généralistes, notamment ceux qui déclarent ne pas disposer d'un secrétariat (27 %) et ceux qui répondent ne pas faire appel à un comptable (44 %).

Une activité qui interfère souvent avec la vie personnelle

- Les frontières entre vie personnelle et vie professionnelle ne semblent pas toujours faciles à délimiter, du moins pour un certain nombre de praticiens. En effet, près d'un médecin sur deux (45 %) dit (en avril 2007) *recevoir l'aide de son conjoint pour certaines de leurs activités professionnelles (secrétariat, comptabilité, gestion)* [1].

Chez les femmes médecins, cette situation apparaît deux fois moins fréquente avant 45 ans (24 %).

- Par ailleurs, qu'il s'agisse de comptabilité, de courrier ou de lecture de document, la majorité (59 %) des généralistes de la région déclarent *toujours* ou *souvent* ramener du travail à la maison, contre 23 % des médecins qui disent le faire *parfois* et 18 % *jamais*.

- Ce constat peut être rapproché du fait que 46 % des omnipraticiens déclarent *éprouver des difficultés à concilier leur vie familiale et leur travail de médecin*⁵. Une analyse multivariée des résultats du panel montre que ces difficultés sont plus souvent exprimées par les médecins exerçant en zone rurale (56 % vs 41 % pour leurs confrères exerçant en zone urbaine) et à mesure que le temps de travail de médecin généraliste augmente. Aucune différence n'est retrouvée selon les caractéristiques démographiques et les autres caractéristiques d'exercice (seul ou en groupe, part des visites...) (annexe II-3).

- Selon une étude, sur les indicateurs psychosociaux au travail, réalisée par la Drees et la Dares, 10 % des actifs déclarent *avoir toujours ou souvent du mal à concilier travail et obligations familiales*. Cette proportion atteint 16 % pour les cadres et les actifs non salariés. La comparaison avec les résultats du panel reste délicate dans la mesure où les formulations des questions ne sont pas rigoureusement identiques [6].

La plupart des généralistes ont également des activités en dehors du cabinet

Les médecins généralistes sont sollicités pour diverses activités hors du cabinet. Il s'agit le plus souvent de gardes, d'exercice hospitalier ou de participation à une association professionnelle. La première vague d'enquête réalisée en 2007 apporte des indications sur la fréquence de telles pratiques.

- Plus de deux médecins ligériens sur trois déclarent effectuer des gardes. Cette proportion est plus importante chez les hommes (71 % vs 59 % pour leurs consœurs), les médecins exerçant en milieu rural (87 % vs 49 % pour les praticiens installés dans un pôle urbain) et varient inversement avec l'âge.

- 42 % des généralistes déclarent également exercer dans une autre structure que leur cabinet. Cette proportion est plus importante chez les hommes (46 % vs 30 % pour leurs consœurs) et les médecins exerçant en milieu rural (54 % vs 32 % pour les praticiens installés dans un pôle urbain).

Dans la majorité des cas, ces activités sont réalisées au sein d'un hôpital (26 %), à la régulation des urgences (15 %), dans des centres de santé ou des foyers médicosociaux (9 %) ou en maison de retraite, en tant que médecin coordonnateur (9 %).

- Enfin, un médecin sur cinq dit participer à une association professionnelle, qu'il s'agisse d'un syndicat, d'une société savante, de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) ou du conseil de l'ordre [1]. Après ajustements, aucune différence significative concernant cette participation n'apparaît selon le sexe, l'âge ou le type de commune d'exercice.

⁵ Selon les modalités *beaucoup, très fortement ou énormément*

E.I-1 Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles**Estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes par groupe d'activité**

| Groupes et nature de l'activité | Sources et méthodes de l'évaluation des temps d'activité | Temps hebdomadaire moyen estimé | Pourcentage |
|--|--|----------------------------------|-------------|
| Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral | | 33,1 h | 61% |
| Diagnostic et soins | Méthode "HCAAM" : [volume de consultations et visites remboursées par l'AM] x [temps moyen de l'acte] sur une base de 46 semaines d'activité. * 16 mn par consultation (Drees) et 30 mn par visite. | 33,1 h | |
| Autres activités de diagnostic et de soins | | 10,5 h | 19% |
| Consultations gratuites | Aucune source récente. Estimation à dire d'experts : minimum de deux consultations par semaine. | 32 mn | |
| Activité salariée | Enquête Drees-Cnamts 2002 sur l'exercice en groupe des médecins libéraux. De 20 à 25 % des omnipraticiens ont une activité salariée en 2002 : 9 % à l'hôpital public, 12 % en centre de soins et 12 % en maisons de retraite, médecine scolaire... | 120 mn | |
| Astreintes | Cnamts. Nombre de forfaits d'astreinte et de régulation payés par l'Assurance maladie au 1er semestre 2006 pour des durées horaires répertoriées, duquel est déduit le temps passé à la réalisation des actes. S'ajoute une estimation du temps consacré à la permanence des soins non régulée (déduction faite de la durée des actes). | 385 mn | |
| Conseils téléphoniques | Baromètre de l'URML Bretagne. 30 conseils téléphoniques/semaine, hypothèse de durée unitaire : 3 mn. | 90 mn | |
| Formation, visiteurs médicaux | | 4,6 h | 8% |
| Formation continue | Baromètre de l'URML Bretagne. Environ 6 jours/an à des actions de formation médicale. Estimation réalisée sur la base de journées de 8 h et de 46 semaines d'activité. | 63 mn | |
| Lecture | Enquête CSDM sur les médecins et la pratique médicale en France en 2007 | 156 mn | |
| Réception des représentants de l'Assurance maladie | Pour les délégués de l'Assurance maladie, sources Cégédim*. 3,4 visites par an en 2008 d'une durée de 17 mn en moyenne. Le temps consacré aux entretiens confraternels n'est pas connu mais est négligeable rapporté à une semaine d'activité. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007. | 2 mn | |
| Réception des visiteurs médicaux | Sources Cégédim et Eurostaf*. 330 visiteurs médicaux par an, durée moyenne 7 à 8 mn. * Citées dans <i>L'information des médecins généralistes sur le médicament</i> , Rapport Igas, septembre 2007. | 52 mn | |
| Autres activités | | 6,4 h | 12% |
| Activités administratives | URML Midi-Pyrénées 2002 (924 généralistes) et URML Centre 2004 (198 généralistes). Estimations concordantes réalisées à partir des distributions du temps consacré par les médecins aux tâches administratives (sans précision). | 285 mn | |
| Tenue de l'agenda (prises de rendez-vous) | Hypothèse : 30 mn/jour pour les 45 % de généralistes sans secrétariat et 6 mn pour les autres. | 84 mn | |
| Entretien du cabinet | URML Rhône-Alpes. 23 % des généralistes déclarent assurer eux-mêmes l'entretien du cabinet médical. Hypothèse de durée d'1 h/semaine pour les médecins concernés. | 14 mn | |
| ENSEMBLE DES TEMPS ESTIMÉS | | 54,6 h | 100% |
| Temps de travail hebdomadaire déclarés | Enquête emploi Insee 2004 Panel Drees 2007 dans 5 régions CSDM, 2007 | 53 h de 55,4 à 59,6 h 52 h | |

D'après "P. Le Fur, Y. Bourqueil, C. Cases. (2009). Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. Irdes. n° 144. 8 p." [2]

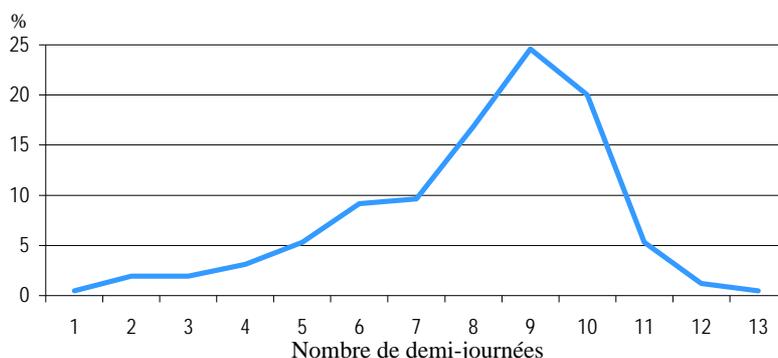
I-2 Organisation de la semaine et de la journée de travail au sein du cabinet

En moyenne, les généralistes sont présents huit demi-journées par semaine à leur cabinet

• L'emploi du temps hebdomadaire du médecin généraliste peut être apprécié par le nombre de demi-journées passées au cabinet. Les généralistes déclarent consacrer en moyenne huit demi-journées par semaine à leur activité libérale au sein du cabinet⁶. 32 % d'entre eux déclarent consacrer moins de huit demi-journées, la majorité (61 %) huit à dix demi-journées, et 7 % plus de dix (fig.I.3).

Fig.I-3 - Nombre hebdomadaire de demi-journées travaillées au cabinet Pays de la Loire

Proportion de médecins déclarant avoir travaillé la semaine précédant l'enquête, dans leur cabinet, un nombre de demi-journées égal à...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

• 27 % des praticiens déclarent qu'il leur est arrivé d'interrompre leur travail pendant une demi-journée au cours du mois précédant l'enquête, en dehors des demi-journées où ils ne travaillent pas habituellement (15 % une seule fois et 12 % à plusieurs reprises).

Plus de la moitié d'entre eux (52 %) considèrent que cette interruption a nécessité qu'ils le prévoient longtemps à l'avance. 42 % se sont fait remplacer par un associé et 26 % par un remplaçant. 35 % ont fermé leur cabinet, avec le plus souvent la possibilité d'orienter leurs patients vers un confrère.

... et un médecin sur deux déclare travailler tous les samedis matins

Un généraliste de la région sur deux déclare travailler tous les samedis matins (55 %), un sur trois un samedi de temps en temps (33 %) et 13 % disent ne jamais travailler ce jour-là.

⁶ Sont comprises les visites à domicile.

Des journées de travail qui s'étendent en moyenne jusqu'à 20 h le soir

- Afin de connaître l'organisation d'une journée de travail type, le mardi précédant l'enquête a été choisi comme jour de référence. 80 % des médecins interrogés déclarent avoir travaillé ce jour-là, et parmi ces derniers, 93 % travaillent une journée complète⁷.
- Les médecins en activité cette journée du mardi déclarent en moyenne *avoir commencé à travailler* au cabinet à 8h30. La grande majorité (83 %) déclare avoir commencé entre 8h et 9h⁸ (47 % avant 8h30 et 45 % entre 8h30 et 9h⁸), 9 % avant 8h et 8 % après 9h.
- Les généralistes ayant travaillé la journée complète déclarent en moyenne *avoir terminé leur travail* au cabinet à 20h. 5 % des médecins déclarent avoir terminé avant 19h, 51 % des praticiens entre 19h et 20h⁹ et 44 % au-delà de 20h (26 % au-delà de 20h30, 13 % au-delà de 21h) (fig.I-4).

Fig.I-4 - Horaire auquel se termine la journée de travail des médecins généralistes à leur cabinet - Pays de la Loire

Effectifs et proportions de médecins généralistes déclarant avoir travaillé le mardi précédant l'enquête, jusqu'à l'heure de...

| Heures de départ | Effectif | Proportion (%) |
|-----------------------------------|------------|----------------|
| Journée complète (1) | | |
| avant 19h00 | 15 | 5 |
| 19h00 - 20h00 | 166 | 51 |
| 20h01 - 20h30 | 60 | 18 |
| 20h31 - 21h00 | 44 | 13 |
| 21h01 et plus | 42 | 13 |
| Sous-total | 327 | 100 |
| Journée non complète | 24 | |
| <i>N'a pas travaillé le mardi</i> | 89 | |
| Total | 440 | |

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4

Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ voir note 7 ci-dessous

- Enfin, la majorité des généralistes de la région (65 %) disent *ne jamais programmer de faire une pause d'au moins 15 minutes dans leur travail, en dehors du déjeuner*.

⁷ Lorsque l'amplitude horaire de cette journée de travail de référence (calculée par différence entre l'heure à laquelle le médecin déclare avoir terminé son travail et l'heure à laquelle il déclare l'avoir commencé) est supérieure ou égale à 7 heures, on considère que le médecin a effectué une journée complète de travail.

Cette amplitude horaire ne tient toutefois pas compte de la pause-déjeuner.

⁸ Entre 8 h et 9 h : 8 h et 9 h comprises ; entre 8 h 30 et 9 h : 8 h 30 et 9 h comprises

⁹ Entre 19 h et 20 h : 19 h et 20 h comprises

La majorité des consultations sont programmées

- Les consultations représentent la majorité des actes réalisés par les médecins généralistes (91 % du total des actes de consultations et de visites¹⁰).

Celles-ci sont le plus souvent programmées : 26 % des généralistes déclarent avoir réalisé moins de 16 consultations programmées lors de la journée de référence, 36 % entre 16 et 25 et 38 % plus de 25¹¹.

- Les médecins réalisent également des consultations non programmées, soit parce qu'ils ne réalisent que des consultations "sans rendez-vous", soit parce qu'ils réservent certaines de leurs plages horaires à ce type d'acte. Les praticiens sont aussi amenés à recevoir des patients en urgence, "entre deux patients" ou "après les rendez-vous".

Ainsi, 23 % des médecins ligériens *déclarent avoir réalisé des actes d'urgence* lors de la journée de référence¹¹, neuf fois sur dix à hauteur d'un ou deux. Toutefois, aucune définition de cet "acte d'urgence" n'était donnée, cette notion étant laissée à l'appréciation du médecin répondant.

Au total, 57 % des médecins interrogés déclarent avoir réalisé des *consultations non programmées* lors de la journée de référence : 35 % en ont effectué un nombre limité (entre 1 à 5 dans la journée) et 22 % plus de cinq¹¹.

La part que représentent les consultations non programmées dans l'ensemble de l'activité de la journée de référence est estimée à 14 % en moyenne¹². Cette part est nulle pour 43 % des médecins ligériens, comprise entre 1 et 20 % chez un tiers d'entre eux (34 %) et supérieure chez 23 %. Pour 7 % des généralistes cette part dépasse 50 %.

Les visites représentent en moyenne 9 % des actes remboursés

- La majorité des généralistes réalisent des visites au cours de leur journée de travail. Ainsi, le mardi de référence, 78 % des généralistes ligériens disent en avoir effectué 9 fois sur 10 en nombre modéré (entre 1 à 5 dans la journée).

La part des visites dans l'activité annuelle peut être calculée pour chaque médecin à partir des données de l'Assurance maladie (Riap). En moyenne sur l'année 2007, les visites représentent 9 % du nombre annuel d'actes ayant donné lieu à un remboursement. Cette part est inférieure à 5 % pour 29 % des praticiens, comprise entre 5 et 10 % pour plus d'un tiers (35 %), supérieure chez 36 %¹⁰.

¹⁰ Source : d'après les données de l'Assurance maladie issues des Riap-2007

¹¹ Proportions calculées parmi les médecins généralistes ayant travaillé la journée de référence

¹² Le nombre d'actes réalisés le mardi de référence a été évalué dans l'enquête par classe (aucun, entre 1 et 5, ..., plus de 25) et par type d'acte (consultations programmées, consultations non programmées, visites). Le nombre d'actes réalisés le mardi de référence n'est donc pas connu avec précision mais il peut être calculé en estimant le nombre de consultations programmées comme égal à la valeur centrale de la classe choisie par le médecin (par exemple, égal à 3 si le praticien déclare avoir réalisé entre 1 et 5 consultations programmées), en estimant le nombre de consultations non programmées et de visites par un raisonnement analogue, et en additionnant ensuite ces trois estimations.

- A côté de ces actes de consultations et de visites, le médecin généraliste a également une activité de soins et de diagnostic "non rémunérée" : conseils téléphoniques, autres actes gratuits.

Ainsi, lors de la journée de référence, 60 % des praticiens déclarent avoir donné plus de cinq conseils par téléphone, 11 % plus de dix¹³.

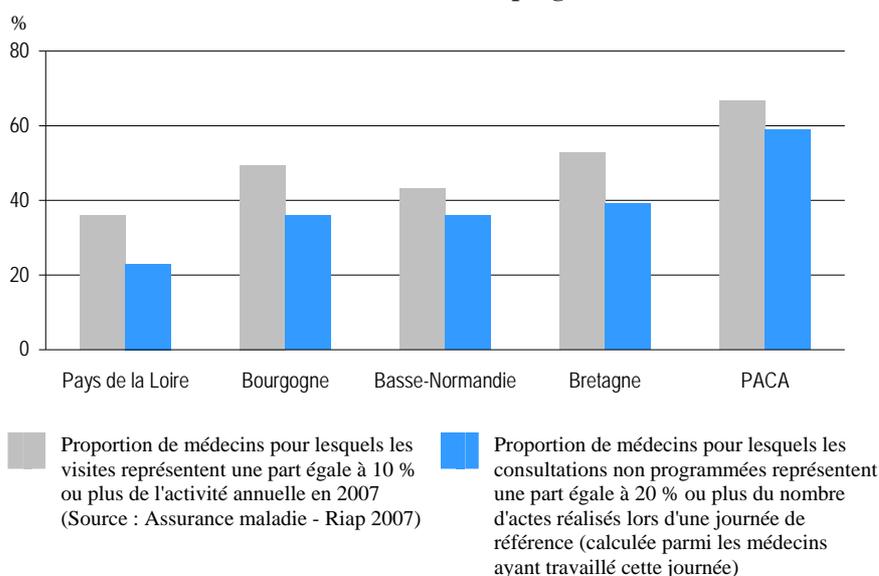
Les généralistes des Pays de la Loire réalisent proportionnellement moins de visites et de consultations non programmées que leurs confrères des autres régions du Panel

- Les généralistes des Pays de la Loire ne se distinguent pas de leurs confrères de l'ensemble des quatre autres régions du Panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, PACA) en ce qui concerne l'organisation du temps de travail (nombre de demi-journées, horaires de début et de fin de l'activité, exercice le samedi...).

- En revanche, la place des visites et des consultations non programmées est moins importante dans la pratique des médecins généralistes des Pays de la Loire (fig.I-5). En effet, un quart d'entre eux (23 %) consacrent au moins 20 % de l'activité de diagnostic et de soins aux consultations non programmées de la journée de référence, contre près de la moitié (46 %) dans les quatre autres régions¹³.

36 % des praticiens ligériens réalisent plus de 10 % de leur activité annuelle dans le cadre de visites contre 57 % dans l'ensemble des autres régions. Il est à noter que selon les données de l'Assurance maladie, le nombre de visites à domicile est en diminution dans les Pays de la Loire (-10,6 % par an entre 2000 et 2007) [5].

Fig.I-5 - Comparaison régionale de la part de l'activité des généralistes réalisée dans le cadre de visites et de consultations non programmées



Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 URCAM, données extraites des Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

¹³ Proportions calculées parmi les médecins généralistes ayant travaillé la journée de référence

Des différences entre hommes et femmes dans l'organisation du temps de travail

Les analyses multivariées des résultats du Panel montre certaines différences en termes d'organisation du travail entre les généralistes femmes et leurs confrères.

- Tout d'abord, le nombre de demi-journées où les généralistes femmes sont présentes au cabinet est inférieur en moyenne de 11 % à celui des hommes (7,4 vs 8,3¹⁴) : la semaine de référence, 46 % d'entre elles sont présentes au cabinet moins de huit demi-journées (vs 27 % pour les hommes, à structure selon l'âge identique), et 50 % entre huit et dix demi-journées (vs 65 %) (annexe I-1).

- Par ailleurs, la grande majorité des généralistes femmes exercent comme leurs confrères le samedi matin mais de façon moins systématique. 42 % des praticiennes déclarent travailler *tous les samedis* (vs 59 %¹⁴) et 38 % *un samedi de temps en temps* (vs 30 %).

- Enfin, concernant les horaires, les généralistes femmes commencent leur activité au cabinet un peu plus tardivement le matin lors de la journée de référence (26 % d'entre elles déclarent avoir commencé avant 8h30 vs 54 % pour leurs confrères), mais aucune différence significative entre les deux sexes n'est observée pour l'heure de fin d'activité déclarée¹⁵.

Au total, lors d'une journée complète de travail, la différence d'amplitude horaire de travail entre les femmes et les hommes s'élève à 6 % (11,2 heures vs 11,9 heures, "pause-déjeuner" comprise¹⁶).

- Ces écarts observés entre les femmes et les hommes en termes d'organisation (nombre moyen de demi-journées de présence au cabinet, horaires...) sont cohérents avec ceux observés pour le temps de travail hebdomadaire déclaré. En moyenne, la durée de travail par semaine (toutes activités confondues) déclarée par les femmes médecins est inférieure à celle de leurs confrères, avec un écart qui se situe entre 9 % et 16 % selon la date d'enquête (53 heures vs 58 heures par semaine¹⁴ en avril-mai 2008 ; 50 heures vs 59 heures en mars-avril 2007).

- L'écart augmente si l'on considère l'indicateur d'estimation du temps passé en présence de patients, inférieur en moyenne pour les généralistes femmes de 18 % à celui des hommes (30,5 heures vs 37,1 heures par semaine).

Cette différence résulte à la fois d'une activité globale annuelle des généralistes femmes du Panel inférieure de 24 % en 2007 à celle de leurs confrères (4 342 vs 5 663 consultations et visites¹⁴), et d'une durée moyenne des consultations déclarée supérieure de 13 % (20,3 minutes vs 18 minutes).

- Concernant l'activité de diagnostic et de soins, l'analyse multivariée met en évidence la place moins importante des visites dans l'activité des femmes généralistes. En effet, 25 % d'entre elles réalisent plus de 10 % de leur activité annuelle dans ce cadre contre 39 % des hommes.

Après ajustements aucune différence entre les deux sexes n'est observée en ce qui concerne les consultations non programmées ni en ce qui concerne les conseils téléphoniques (annexe I-2).

¹⁴ A structure selon l'âge identique

¹⁵ Pour ceux qui déclarent avoir travaillé la journée complète le mardi de référence

¹⁶ Calculée par différence entre l'heure d'arrivée au cabinet et l'heure de départ lors de la journée de référence (le mardi précédant l'enquête), et en ne conservant que les données concernant les médecins pour lesquels elle est supérieure à 7 heures.

La réalisation de visites et de consultations non programmées est moins fréquente chez les jeunes médecins

L'organisation du temps de travail (nombre de demi-journées travaillées, horaires, temps de travail hebdomadaire, exercice le samedi matin...) n'apparaît pas différente selon l'âge, à l'exception de l'heure de début d'activité : les médecins de moins de 46 ans sont proportionnellement moins nombreux que leurs confrères plus âgés à déclarer avoir commencé avant 8h30 la journée de référence (29 % contre 54 %).

Concernant l'activité de diagnostic et de soins, l'analyse multivariée montre la place moins importante des consultations non programmées et les visites dans l'activité des médecins les plus jeunes.

En effet, la proportion de médecins pour lesquels les consultations non programmées représentent plus de 20 % de l'ensemble des actes pratiqués est deux fois moindre chez les praticiens de moins de 46 ans par rapport à leurs confrères plus âgés.

De plus, selon les données de l'Assurance maladie, 23 % des médecins de moins de 46 ans consacrent plus de 10 % de leurs actes annuels aux visites contre 40 % des médecins de 46 ans et plus.

L'analyse multivariée montre également l'existence d'un lien marqué entre l'âge de la patientèle des généralistes et la part que représentent les visites dans le nombre d'actes annuel réalisé par le généraliste. Cette part dépasse 10 % pour 73 % des médecins qui comptent une forte proportion de personnes âgées de 70 ans et plus dans leur patientèle (supérieure à 15 %) vs 14 % pour leurs confrères.

Des organisations différentes en milieu urbain et en milieu rural...

Par ailleurs, les modes d'organisation de l'activité de diagnostic et de soins sont variables selon la commune d'exercice.

Ainsi, travailler le samedi matin et réaliser des visites sont des pratiques moins fréquentes en zone urbaine. En effet, 16 % des médecins installés en zone urbaine déclarent ne jamais travailler le samedi matin vs 9 % en zone rurale. Quant à la proportion de praticiens déclarant ne pas avoir réalisé de visites¹⁷, elle atteint 27 % en zone urbaine contre 14 % en zone rurale. Aucune différence statistique n'est en revanche observée concernant le nombre de demi-journées travaillées ou les horaires.

D'autres facteurs semblent influencer l'organisation du temps de travail. Ainsi, après ajustements, les médecins habitant à plus de 5 minutes de leur lieu d'exercice sont significativement plus nombreux à déclarer ne jamais travailler le samedi.

¹⁷ Lors de la journée de référence

... et entre cabinets de groupe et cabinets individuels

Les analyses multivariées montrent que le nombre de demi-journées travaillées au cabinet est inférieur pour les médecins en cabinet de groupe que pour leurs confrères en cabinet individuel : 35 % des premiers contre 25 % des seconds déclarent avoir travaillé moins de huit demi-journées pendant la semaine qui précède l'enquête.

Les médecins en cabinet de groupe sont également moins nombreux à déclarer travailler systématiquement le samedi (46 % vs 70 %).

En revanche, ils sont une proportion équivalente à déclarer *qu'il leur est arrivé d'interrompre leur travail pendant une demi-journée* au cours du mois précédant l'enquête, *en dehors des demi-journées où ils ne travaillent pas habituellement*. Mais à cette occasion, ils ont moins souvent fermé le cabinet (9 % vs 71 % pour les praticiens qui exercent seuls).

Enfin, lorsque les médecins exercent en groupe, leur activité de diagnostic et de soins s'organise plus dans le cadre de consultations programmées et ils donnent relativement plus de conseils téléphoniques. Il n'est pas apparu de différence en revanche pour les visites.

Bibliographie

[1] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2008). Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars 2007). 16 p. + ann.

[4] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2009). Le réseau professionnel des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 2 (octobre 2007). 20 p.

[5] ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. (2009). Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 3 Pays de la Loire (avril-mai 2008). 20 p.

[6] Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. (2009). Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Dares, Drees. 33 p.

[2] P. Le Fur, Y. Bourgeuil, C. Cases. (2009). Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 144. 8 p.

[3] Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie. (2007). Note sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux. 147 p.

Pour en savoir plus

J. Micheau, E. Molière, P. Sens. (2010). L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. *Dossiers solidarité et santé*. Drees. n° 15. 16 p.

J. Micheau, E. Molière, P. Sens. (2010). Activité et emplois du temps des médecins libéraux. *Document de travail, série études*. Drees. n° 98. 92 p.

P. Breuil-Genier, C. Goffette. (2006). La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. Drees. n° 481. 8 p.

X. Niel, A. Vilain. (2001). Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. *Etudes et résultats*. Drees. n° 114. 8 p.

CHAPITRE II - VECU DU TRAVAIL ET IMPACT PSYCHOSOCIAL

La question du stress au travail est devenue une préoccupation de premier plan et le regard qui est porté sur le vécu du travail des médecins généralistes n'échappe pas à cette tendance. Et ce d'autant plus que l'exercice de la médecine se caractérise par une importante demande psychologique.

Afin d'évaluer la santé au travail des médecins du Panel, un questionnaire a été composé à l'aide d'items venant de différents outils validés (UWES et MBI notamment) ou de questions spécifiques relatives aux risques psychosociaux et au stress liés au travail de médecin généraliste. Il permet d'aborder le vécu du travail par les médecins tant par ses aspects positifs que ses aspects négatifs.

L'analyse repose sur une exploitation statistique des différentes questions, considérées une à une. L'interprétation des résultats doit cependant rester prudente dans la mesure où les formulations des questions provenant des outils validés (UWES et MBI) ont été initialement déterminées par leurs auteurs pour être analysées de façon globale, en lien avec les autres affirmations qui composent ces outils, et non pour refléter l'importance des situations qu'elles décrivent.

II-1 Engagement des médecins généralistes dans leur travail

L'engagement professionnel des généralistes a été mesuré à l'aide de différentes questions issues de l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (encadré E.II-1).

Une majorité de médecins généralistes attachés à leur métier...

- Les médecins interrogés montrent pour la plupart un grand attachement à leur profession. Ainsi, la grande majorité d'entre eux déclarent adhérer¹⁸ aux affirmations suivantes :

- *je trouve que mon travail a un sens et une utilité* (91 %),
- *je suis passionné par mon travail* (80 %),
- *je suis fier du travail que je fais* (80 %),
- *faire ce métier est stimulant* (72 %).

- Ces résultats corroborent avec ceux de la première enquête du Panel (2007), 80 % des généralistes des Pays de la Loire ayant déclaré être *très* ou *plutôt satisfaits globalement à propos de leur activité professionnelle*.

... et disposant de ressources face à leurs contraintes professionnelles

La majorité des généralistes ligériens semble également disposer des ressources physiques et psychiques nécessaires pour faire face aux contraintes du métier, ayant le sentiment¹⁸ de :

- *persévérer toujours dans leur travail, même quand les choses ne vont pas bien* (83 %),
- *ne pas se laisser abattre dans leur travail* (62 %),

¹⁸ Selon les modalités de réponse *beaucoup*, *très fortement* ou *énormément*

- avoir envie d'aller travailler lorsqu'ils se lèvent le matin (62 %),
- être fort et vigoureux pour faire ce travail (62 %),
- déborder d'énergie pour leur travail (53 %).

● Concernant leur engagement au travail, les réponses des médecins généralistes des Pays de la Loire ne sont pas statistiquement différentes de celles de leurs homologues des autres régions participant au Panel, excepté pour une proposition relative à la vigueur : les praticiens ligériens déclarent plus fréquemment *être forts et vigoureux pour faire ce travail* (62 % vs 54 % pour l'ensemble des quatre autres régions).

● L'étude sur les indicateurs psychosociaux au travail réalisée par la Drees et la Dares offre quelques possibilités de comparaison du vécu du travail entre les médecins généralistes et les autres actifs ou secteurs d'activité. Mais ces résultats doivent être interprétés avec précaution dans la mesure où la formulation des questions n'est pas rigoureusement identique entre les deux enquêtes.

Concernant l'attachement au travail, 8,7 % des actifs et 3,8 % des cadres répondent "non" à la question "pensez-vous que votre travail est utile aux autres ?" [1]. La situation apparaît plus favorable pour les médecins généralistes : 1,2 % d'entre eux déclarent trouver "pas du tout ou très peu" ou "un peu" que leur travail a un sens et une utilité.

E.II-1 Mesure de l'engagement au travail

● L'engagement au travail est une notion récente, issue de la psychologie positive, peut être définie comme *un état d'esprit positif et épanouissant concernant le travail, caractérisé par la vigueur, le dévouement et l'absorption*. Il peut être mesuré grâce à une échelle validée, l'Utrecht Work Engagement Scale (UWES), qui comporte trois dimensions :

- la vigueur correspond à un haut niveau d'énergie et de réactivité au travail, une volonté de s'investir et une persistance face aux difficultés,
- le dévouement renvoie à une grande implication dans son travail, à un sentiment d'enthousiasme, d'inspiration, de fierté mais également de challenge,
- l'absorption caractérise le fait d'être totalement captivé par son travail : le temps qui y est consacré passe très vite, il est difficile de s'en détacher.

L'UWES permet le calcul d'un score pour chacune des trois dimensions ainsi qu'un score total d'engagement au travail. [2,3]

● Dans le cadre du Panel

L'ensemble des propositions relatives aux dimensions de vigueur et de dévouement ont été posées dans le questionnaire, à l'exception de "j'arrive à travailler longtemps sans m'arrêter". La notion d'absorption n'a en revanche pas été explorée.

L'échelle de réponse utilisée est une échelle d'intensité (*pas du tout ou très peu, un peu, assez, moyennement, beaucoup, très fortement, énormément*), et non l'échelle de fréquence habituellement utilisée (annuelle, mensuelle, hebdomadaire, quotidienne...).

En raison de ces adaptations, le calcul du score total d'engagement au travail et du score spécifique de vigueur n'a pas pu être réalisé, selon la méthode définie par les auteurs du test.

Pour évaluer l'importance de l'engagement au travail des généralistes ligériens, les propositions se rapportant à la vigueur et au dévouement ont été étudiées une à une.

II-2 Ressenti concernant les exigences du métier

Actualisation continue des connaissances, permanence des soins, investissement dans la relation aux patients, confrontation à la souffrance, à la maladie, à la mort, responsabilité juridique... : les exigences intellectuelles, affectives et relationnelles de l'exercice médical sont multiples.

Des exigences intellectuelles très fortement ressenties par la majorité des professionnels

- La majorité des généralistes ligériens disent adhérer *beaucoup, très fortement* ou *énormément* aux affirmations :
 - mon travail exige de moi une concentration intense et continue (89 %),
 - je suis confronté à des cas complexes, difficiles (70 %).

Après ajustements, il apparaît que la perception de ces exigences intellectuelles augmentait avec le temps de travail hebdomadaire.

En revanche aucune différence significative en fonction de l'âge, du sexe, du type de commune ou des autres caractéristiques d'exercice (organisation en groupe/seul, fréquence de participation à la FMC...) n'est mise en évidence (annexe II-1).

- Par ailleurs, 65 % des médecins du Panel disent être régulièrement interrompus dans leur travail¹⁹.

Enfin, 39 % déclarent *accumuler du travail en retard*¹⁹. L'analyse multivariée montre que ce sentiment est plus souvent exprimé par les médecins de moins de 45 ans, ce qui reflète peut-être une moindre expérience en matière d'organisation et de gestion du cabinet. Ce sentiment apparaît également d'autant plus fréquent que la durée hebdomadaire de travail déclarée est élevée. On n'observe pas de différence significative, en revanche, en fonction du sexe ou des autres caractéristiques d'exercice (rural/urbain, groupe/individuel, participation à la FMC ...).

Une charge émotionnelle jugée importante par 58 % des praticiens

L'exercice médical comporte également une importante charge émotionnelle en lien notamment avec les souffrances rencontrées ou la confrontation avec les maladies graves et la mort. Ainsi, plus de la moitié des omnipraticiens ligériens (58 %) déclarent *ressentir des chocs émotionnels (pronostic défavorable, mort d'un patient, etc...)*¹⁹.

¹⁹ Selon les modalités de réponse *beaucoup, très fortement* ou *énormément*

Des relations parfois difficiles avec les patients

- Outre les exigences intellectuelles et la charge émotionnelle, les relations médecin-patients constituent une autre dimension des exigences du métier de médecin généraliste [4].

Parmi les généralistes ligériens,

- 53 % estiment que *certain patients ont des demandes excessives*²⁰,
- 43 % qu'ils *investissent la relation avec leurs patients plus qu'ils ne reçoivent de leur part* (43 %),
- 25 % que *certain patients leur manquent de respect (rendez-vous manqués, demandes non justifiées...)*.

- Par ailleurs, 12 % d'entre eux ont le sentiment de *rencontrer de l'agressivité de la part des patients*²⁰. 4 % des médecins déclarent également qu'il leur arrive de *craindre pour leur sécurité personnelle*²⁰. La proposition ne précise toutefois pas si cette crainte est liée ou non aux patients.

L'analyse multivariée montre que le fait de ressentir de l'agressivité de la part des patients est positivement corrélé au temps de travail hebdomadaire (annexe II-1). Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce lien statistique : heures de consultations plus tardives, attente plus longue des patients, fatigue des praticiens....

Aucune autre différence significative n'est par contre retrouvée en fonction des autres caractéristiques d'exercice ni selon les facteurs démographiques.

- Enfin, le risque médico-légal, plus précisément les éventuelles poursuites engagées par les patients à l'encontre de leur médecin, constitue une autre cause potentielle de tension : 2 % des praticiens ligériens interrogés ont déclaré *être confrontés à des poursuites judiciaires de la part des patients*²⁰.

- Concernant les comparaisons régionales de la perception des exigences du métier, les réponses des médecins généralistes des Pays de la Loire sont proches de celles de leurs homologues de l'ensemble des quatre autres régions participant au Panel.

- Par ailleurs, les résultats relatifs à l'agressivité rencontrée dans le travail peuvent être rapprochés de ceux de l'étude sur les indicateurs psychosociaux au travail réalisée par la Drees et la Dares : 7 % des actifs déclarent *être "toujours" ou "souvent" au cours de leur travail exposés à des expositions verbales, des injures, des menaces* et 1,6 % à *des agressions physiques*. Ces proportions sont plus faibles pour les cadres (respectivement 3,4 % et 0,6 %) [1].

²⁰ Selon les modalités de réponse *beaucoup, très fortement* ou *énormément*

E.II-2 Mesure des facteurs de risque et de protection psychosociaux du travail

- Les facteurs de risque ou de protection psychosociaux du travail sont des facteurs susceptibles de mettre en jeu ou à l'inverse de protéger la santé du travailleur. Ils sont souvent simplifiés dans le langage courant sous le terme de *stress au travail*.

L'un des outils les plus utilisés pour décrire ces facteurs est le modèle de Karasek, enrichi par la suite par Johnson. Ce modèle comporte plusieurs dimensions :

- la **demande psychologique**, qui porte sur les aspects aussi bien qualitatifs que quantitatifs de la charge psychologique au travail,
- l'**autonomie professionnelle**, qui comporte deux sous-dimensions : l'utilisation des compétences et l'autonomie décisionnelle. La première se définit par la possibilité d'utiliser et de développer ses compétences et qualifications tandis que la seconde représente la marge de manœuvre accordée pour la réalisation de son travail et la participation aux décisions,
- le **soutien social**, concerne le soutien socio-émotionnel et instrumental des relations avec la hiérarchie et entre collègues.

Selon Karasek, l'association d'une demande psychologique importante et d'une faible latitude décisionnelle constitue une situation à risque pour la santé. C'est le "job-strain". Johnson définit l'état d'"iso-strain" comme un état de "job-strain" associé avec une situation d'isolement social [5-7].

Dans le cadre du Panel

- Dans la vague 4 du Panel, des questions ont été spécifiquement créées pour décrire les facteurs de risque ou de protection psychosociaux du travail de médecin généraliste libéral, et intègrent les trois dimensions mentionnées ci-dessus.

Pour chacune des propositions, l'échelle des réponses est une échelle d'intensité (*pas du tout ou très peu, un peu, assez, moyennement, beaucoup, très fortement, énormément*).

- Dans cette étude, l'importance des risques psychosociaux et leur lien éventuel avec l'épuisement professionnel ont été appréciés par une analyse spécifique des différentes questions, considérées une à une. Aucun score global de "demande psychologique", d'"autonomie professionnelle" ou de "soutien social" n'a été calculé.

II-3 Perceptions en matière d'autonomie professionnelle

Un sentiment nuancé, malgré le statut de travailleur libéral

Les modèles d'analyse des risques psychosociaux du travail, et notamment le modèle de Karasek (encadré E.II-2) considèrent que le bien-être au travail relève notamment de l'équilibre entre les contraintes et l'autonomie. L'exercice de la médecine générale dans le cadre libéral laisse au médecin un large degré d'autonomie, même si des évolutions importantes apparaissent dans ce domaine au cours des dernières décennies, en lien avec les demandes et attentes des patients comme des autorités administratives.

- 90 % des généralistes interrogés considèrent que leur métier leur *permet de prendre de nombreuses décisions seuls*²¹.

Ils sont toutefois moins nombreux à répondre²¹ *pouvoir travailler comme ils l'entendent* (65 %). Dans le cadre de son métier, un médecin sur deux déclare même²¹ *devoir faire dans leur travail des choses qui devraient être faites autrement* et 30 % *devoir faire dans leur travail des choses qui, au fond, sont contradictoires*.

36 % considèrent également que *ce que l'on exige d'eux ne leur permet pas d'utiliser toutes leurs compétences*²¹.

- Pour ce dernier concept, le résultat peut être rapproché de celui de l'étude sur les indicateurs psychosociaux au travail réalisée par la Drees et la Dares : 10 % des actifs déclarent *pouvoir "jamais" ou "parfois" employer pleinement leurs compétences, proportion plus faible pour les cadres (7 %) et les actifs non salariés (6 %) [1]*.

- Concernant les comparaisons régionales de la perception de l'autonomie professionnelle, les réponses des médecins généralistes des Pays de la Loire ne sont pas statistiquement différentes de celles de leurs homologues de l'ensemble des quatre autres régions participant au Panel, à l'exception de celles relatives aux contradictions. Les praticiens ligériens sont en effet un peu moins nombreux à déclarer *devoir faire dans leur travail des choses qui, au fond, sont contradictoires* (29 % vs 35 %)^{21,22}.

- L'analyse multivariée des résultats du Panel montre que le sentiment de *devoir faire dans leur travail des choses qui, au fond, sont contradictoires* augmente en proportion avec le temps de travail hebdomadaire : il concerne 19 % des praticiens déclarant travailler moins de 46 heures par semaine contre 33 % de leurs confrères travaillant plus.

Le constat est identique pour le sentiment que *ce que l'on exige d'eux ne leur permet pas d'utiliser toutes leurs compétences*²¹ : il concerne 19 % des médecins déclarant travailler moins de 46 heures par semaine, 37 % de leurs confrères travaillant 46 à 64 heures et 46 % de ceux travaillant 65 heures et plus.

Aucune différence significative n'est observée selon les autres caractéristiques d'exercice²³ (urbain/rural, en groupe ou seul ...) ni les facteurs démographiques (âge, sexe) (annexe II-2).

²¹ Selon les modalités de réponse *beaucoup, très fortement* ou *énormément*

²² L'écart reste statistiquement significatif après ajustements sur les caractéristiques démographiques et d'exercice.

²³ A l'exception du nombre de semaines de vacances pour le sentiment *d'être confronté à des contradictions*

II-4 Ressenti concernant le soutien social

Le soutien social constitue également l'une des dimensions désormais prise en compte dans la mesure des risques psychosociaux (encadré E.II-2). Les médecins du Panel ont ainsi été interrogés sur le soutien matériel et moral dont ils peuvent bénéficier d'une part de leur famille dans la mesure où près d'un médecin sur deux déclare recevoir une aide de son conjoint pour certaines activités, d'autre part de leurs confrères.

Des familles très présentes, pour le soutien moral comme pour l'aide concrète

- 74 % des médecins ligériens interrogés déclarent²⁴ *pouvoir compter sur leur famille ou leurs proches pour une aide pratique (assistance concrète, etc...)*, et cette proportion atteint 92 % pour le *soutien moral* ou *affectif*.

Un soutien des confrères mieux perçu par les médecins qui exercent en groupe

- 61 % des médecins ligériens interrogés disent²⁴ *pouvoir compter sur leurs confrères pour une aide pratique* et 42 % pour un *soutien moral, affectif* (annexe II-3).

Les médecins généralistes en cabinet de groupe sont plus nombreux que leurs confrères qui exercent seuls à exprimer l'aide pratique des confrères (respectivement 69 % vs 48 %) et leur soutien moral (51 % vs 29 %).

Les femmes soulignent également un peu plus souvent le soutien moral apporté par leurs confrères (48 % vs 40 % pour les hommes), mais il n'apparaît pas de différence entre les deux sexes pour l'aide pratique.

Aucune différence significative à ce sujet n'apparaît en revanche en fonction de l'âge, du type de commune d'exercice, ou encore de la fréquence de participation à la FMC.

- Les spécificités liées à l'exercice en groupe expliquent que les médecins généralistes des Pays de la Loire sont plus nombreux que leurs confrères des quatre autres régions du Panel à déclarer²⁴ *pouvoir compter sur leurs confrères pour un soutien moral, affectif* (43 % vs 35 %). En effet, ils sont plus nombreux à exercer en cabinet de groupe (63 % vs 49 %), et après ajustements sur les caractéristiques démographiques et d'exercice (en groupe ou seul ; urbain/rural...), la différence n'est pas retrouvée statistiquement significative.

²⁴ Selon les modalités de réponse *beaucoup, très fortement* ou *énormément*

II-5 Les situations d'épuisement professionnel

L'épuisement professionnel ou burn-out est un syndrome qui comprend trois dimensions : l'"épuisement émotionnel", la "déshumanisation de la relation aux patients", et la "diminution de l'accomplissement personnel au travail" (encadré E.II-3). Pour les professions d'aide, et notamment les médecins, ce syndrome est le plus souvent exploré par une échelle largement validée, le Maslach Burnout Inventory (MBI). Cette échelle est composée de vingt-deux affirmations correspondant aux trois dimensions du syndrome.

Dans le cadre du Panel, seules les affirmations concernant les dimensions d'"épuisement émotionnel", et de "déshumanisation de la relation aux patients", ont été proposées aux praticiens.

Pour diverses raisons méthodologiques, l'analyse des résultats a été réalisée tout d'abord pour chacune des affirmations proposées. Puis des scores d'"épuisement émotionnel", et de "déshumanisation de la relation aux patients" ont été calculés pour les liens éventuels entre chacune de ces affirmations et les facteurs susceptibles de les influencer (encadré E.II-4).

46 % des médecins généralistes se sentent totalement épuisés à la fin d'une journée de travail²⁵

Malgré leur motivation et leur engagement, environ la moitié des généralistes libéraux de la région déclarent²⁵ *avoir l'impression de travailler trop dur* (55 %) et *se sentir totalement épuisé à la fin d'une journée de travail* (46 %).

Les autres affirmations qui relèvent de l'épuisement émotionnel sont retenues par une proportion moins importante de médecins généralistes :

- 26 % des praticiens se sentent²⁵ *vidés nerveusement par leur travail*,
- 16 % se sentent²⁵ *frustrés par leur travail*,
- 14 % se sentent²⁵ *fatigués le matin quand ils doivent affronter une nouvelle journée de travail*,
- 13 % ont²⁵ *l'impression d'être au bout du rouleau*,
- 11 % sentent²⁵ *qu'ils craquent à cause de leur travail*.

Pour un certain nombre de praticiens, la relation avec les patients est source d'un stress important : 5 % estiment en effet que *travailler au contact direct des gens les stresse trop*²⁵.

Des situations de déshumanisation de la relation aux patients

La déshumanisation de la relation aux patients évoque pour certains auteurs un stade avancé d'épuisement professionnel, mais est aussi parfois considérée dans une perspective psychodynamique comme une valeur défensive chez des professionnels ayant des scores modérés ou faibles d'épuisement émotionnel ou d'accomplissement de soi.

29 % des généralistes ligériens déclarent avoir *l'impression que certains patients les rendent responsables de leurs problèmes*²⁵.

Ils sont en revanche moins nombreux à considérer²⁵ :

- que *depuis leurs débuts, ils sont devenus nettement moins sensibles envers leurs patients* (17 %),

²⁵ Selon les modalités de réponse *beaucoup, très fortement* ou *énormément*

- qu'ils ont peur que leur travail ne les endurecisse (14 %),
- qu'ils ne se soucient pas de ce qui peut arriver à certains patients (6 %),
- qu'ils traitent certains patients comme s'ils étaient des "objets" impersonnels (4 %).

E.II-3 Burn-out, épuisement professionnel : définitions et terminologie

Selon Didier Truchot, psychologue français auteur de nombreux travaux sur l'épuisement professionnel des médecins :

"Maslach et Jackson (1986) proposent une définition sur laquelle la très grande majorité des chercheurs s'accordent. Elle définit le burn-out comme "un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui".

Le burn-out est donc un syndrome qui comprend trois dimensions :

- l'épuisement émotionnel renvoie au fait que la personne est "vidée nerveusement, a perdu tout entrain, n'est plus motivée par son travail". Cette dimension est souvent liée au stress et à la dépression. On considère que c'est par l'épuisement émotionnel que s'enclenche le processus de burn-out,

- la "dépersonnalisation" correspond à un manque d'intérêt pour son travail, à des attitudes impersonnelles, négatives, détachées, cyniques envers les clients ou les patients. On estime, au vu des développements théoriques et empiriques actuels, que cette attitude est une stratégie qui permet de faire face à l'épuisement émotionnel. Puisqu'il n'a plus l'énergie pour répondre aux demandes de ses patients, le professionnel "bloque" l'empathie qu'il peut avoir à leur égard,

- avec un accomplissement professionnel réduit, la personne s'évalue négativement, ne s'attribue aucune capacité à faire avancer les choses. Son estime de soi diminue, son sentiment d'auto-efficacité décline. Cette dimension est la conséquence des deux premières : "étant épuisée émotionnellement, n'ayant plus d'intérêt pour ses patients, l'accomplissement personnel est logiquement au plus bas" [4, 8-12].

Terminologie

Dans cette analyse des résultats du Panel pour la région des Pays de la Loire, l'expression "déshumanisation de la relation aux patients" a été préférée à celle de "dépersonnalisation". En effet la traduction directe du terme anglais "depersonalization" peut prêter à confusion car elle correspond à une définition très précise en sémiologie psychiatrique française [13].

E.II-4 Mesure de l'épuisement professionnel

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est une échelle mise au point au début des années 1980 aux Etats-Unis par Christina Maslach pour l'analyse du *burn-out syndrome* des travailleurs "*engagés dans une relation d'aide*", et notamment des médecins. Cette échelle est désormais très largement utilisée au niveau international, et en particulier en France, pour étudier la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel.

Dans sa version définitive, cette échelle est composée de vingt-deux affirmations (par exemple "à la fin de la journée de travail, je me sens totalement épuisé"), et la personne interrogée est invitée à préciser, pour chacune de ces affirmations, la fréquence avec laquelle elle éprouve ce sentiment.

Ces vingt-deux affirmations correspondent aux trois dimensions du burn-out : neuf se rapportent à l'épuisement émotionnel (EE), cinq à la "dépersonnalisation", intitulée

"déshumanisation de la relation aux patients" (DP) dans la présente étude, et huit à l'accomplissement personnel (AP).

Un score correspondant à la somme des réponses peut être calculé pour chacune de ces trois dimensions. Pour ce calcul, les valeurs affectées aux différentes modalités de réponse habituellement proposées pour du MBI sont les suivantes : *jamais* : 0 ; *quelques fois par an* : 1 ; *au moins une fois par mois* : 2 ; *plusieurs fois par mois* : 3 ; *une fois par semaine* : 4 ; *plusieurs fois par semaine* : 5 ; *chaque jour* : 6.

Ce score spécifique d'EE, DP ou AP peut être analysé selon son niveau moyen (moyenne et écart-type). Il peut aussi être considéré comme bas, modéré ou élevé, selon sa valeur par rapport à un seuil. L'analyse peut également porter sur les quantiles des populations étudiées ayant les scores les plus élevés ou les plus bas. Les travaux initiaux de Maslach utilisent d'ailleurs des terciles dans leur analyse de la population médicale nord-américaine [8].

On ne calcule pas un score global de burn-out, mais le niveau du burn-out est dit :

- faible si le score d'une seule des trois dimensions est "pathologique" (c'est-à-dire élevé pour EE et DP, et bas pour AP),
- moyen si deux scores spécifiques sont "pathologiques",
- élevé si les trois scores spécifiques sont "pathologiques".

Ces scores dits "pathologiques" ne sont toutefois pas suffisants pour poser un diagnostic [9, 10]. Il semble qu'à ce jour des seuils validés cliniquement ont été proposés seulement aux Pays-Bas [14]. Ils se situent respectivement au 95^e percentile de l'échantillon normatif néerlandais pour l'épuisement émotionnel et au 75^e percentile pour la "dépersonnalisation".

Dans le cadre du Panel

- Seules les affirmations concernant les dimensions "épuisement émotionnel" et "déshumanisation de la relation aux patients" ont été proposées aux praticiens, pour des raisons de durée d'interview mais aussi parce que la place de la dimension de l'accomplissement personnel par rapport aux deux autres dimensions est discutée par certains auteurs [11].

Par ailleurs, les généralistes interrogés ont pu répondre avec une échelle d'intensité (*pas du tout ou très peu, un peu, assez, moyennement, beaucoup, très fortement, énormément*), et non avec l'échelle de fréquence habituellement utilisée.

Pour ces raisons, la proportion globale de praticiens en situation de burn-out élevé ne peut donc être estimée dans le cadre du Panel selon le protocole défini par Maslach.

En outre, une analyse des publications, et en particulier des publications françaises sur le burn-out des médecins met en évidence une variabilité des méthodes utilisées pour définir les niveaux élevés des scores d'EE et de DP, et notamment des seuils choisis (le plus souvent 27 ou 30 pour l'EE et de 10 ou 12 pour le DP). [4, 15-21]. Or, selon les seuils retenus, la proportion de praticiens du Panel présentant un score d'EE ou de DP élevé varie de façon importante.

- Dans ce contexte, il a été décidé d'étudier les résultats du Panel Pays de la Loire tout d'abord pour chacune des affirmations proposées.

Puis, pour analyser les liens éventuels entre chacune de ces situations et les facteurs susceptibles de les influencer, deux scores ont été calculés : le score d'épuisement émotionnel et le score de déshumanisation de la relation aux patients. Pour chacune de ces dimensions, les modalités de réponses aux différentes propositions concernées ont été pondérées de la façon suivante : *pas du tout ou très peu* : 0 ; *un peu* : 1 ; *assez* : 2 ; *moyennement* : 3 ; *beaucoup* : 4 ; *très fortement* : 5 ; *énormément* : 6.

Les analyses multivariées ont été menées en comparant la situation des 30 % de praticiens ayant les scores les plus élevés à celle de leurs confrères (70 %), aux scores plus bas.

Des situations d'épuisement professionnel assez peu liées aux caractéristiques démographiques...

- Selon l'analyse multivariée, le score élevé d'épuisement émotionnel n'apparaît pas significativement lié au sexe (encadré E.II-4). Ce constat doit cependant être modéré dans la mesure où il existe des spécificités pour certaines propositions qui composent le calcul du score global. Par exemple, les femmes sont un plus nombreuses à déclarer²⁶ *se sentir vidées nerveusement par leur travail* (31 % vs 24 %), et *se sentir totalement épuisée à la fin d'une journée de travail* (54 % vs 42 %) (annexe II-4).
- L'analyse multivariée montre que les femmes présentent un peu moins fréquemment des scores élevés de déshumanisation de la relation aux patients. L'une des explications possibles de cette différence renvoie au rôle social des femmes, qui leur permettrait d'acquérir une plus grande capacité d'empathie [4, 14-17].
- Les médecins âgés de 54 ans et plus sont moins nombreux à présenter un score spécifique d'épuisement émotionnel élevé. Cette différence peut s'expliquer pour partie par un effet de sélection, les médecins les plus âgés adaptant leur pratique professionnelle en cas d'épuisement émotionnel. Aucune association significative n'est observée entre l'âge du médecin et un niveau élevé de score de déshumanisation de la relation aux patients.

... et à l'organisation du cabinet

- L'analyse multivariée ne montre pas de lien statistique entre les scores élevés d'épuisement émotionnel et les caractéristiques relatives à l'organisation du cabinet et son implantation géographique (cabinet de groupe ou individuel, urbain/rural, etc...). La même situation est retrouvée pour les scores élevés de déshumanisation de la relation aux patients.

Des situations d'épuisement professionnel associées à la durée de travail déclarée...

- En revanche, la durée hebdomadaire de travail déclarée apparaît corrélée avec l'épuisement émotionnel. Les médecins qui travaillent moins de 45 heures sont ainsi proportionnellement moins nombreux à présenter un score élevé d'épuisement émotionnel (16 % vs 33 % pour leurs confrères). La situation apparaît plus défavorable pour l'ensemble des médecins des cinq régions participant au Panel qui travaillent plus de 65 heures (37 % vs 30 % pour leurs confrères qui déclarent travailler entre 45 et 65 heures), différence non retrouvée dans les Pays de la Loire. L'analyse détaillée des différentes propositions prises en compte dans ce score montre en particulier le lien particulièrement marqué de cette charge de travail sur le fait de *se sentir totalement épuisé à la fin d'une journée de travail, vidé nerveusement par leur travail, frustré par son travail et d'avoir l'impression de travailler trop dur*²⁶.

Notons que les praticiens à qui *il leur est arrivé d'interrompre leur travail pendant une demi-journée au cours du mois précédant l'enquête, en dehors des demi-journées où ils ne travaillent pas habituellement* sont également

²⁶ Selon les modalités *beaucoup, très fortement ou énormément*

proportionnellement moins nombreux à présenter un niveau élevé du score d'épuisement émotionnel (20 % vs 34 % pour leurs confrères).

- Le temps de travail hebdomadaire n'apparaît pas corrélé avec le score élevé de déshumanisation de la relation aux patients. Ce constat doit cependant être modéré dans la mesure où il existe des spécificités pour certaines des propositions qui composent le calcul du score global. Les médecins qui travaillent moins de 45 heures sont ainsi proportionnellement moins nombreux à déclarer *avoir l'impression que certains patients les rendent responsables de leurs problèmes*²⁷.

... mais surtout aux relations difficiles avec les patients

- Parmi les différents facteurs de risque et de protection professionnels, ceux qui concernent la relation médecin-patient présentent une association particulièrement forte avec les situations d'épuisement professionnel. En effet, les proportions de médecins qui présentent des scores élevés d'épuisement émotionnel et de déshumanisation de la relation aux patients sont plus importantes parmi ceux qui ont le sentiment²⁷ :

- de *rencontrer de l'agressivité de la part des patients* (73 % vs 24 % pour le score élevé d'épuisement émotionnel ; 63 % vs 23 % pour celui relatif à la déshumanisation de la relation aux patients),
- que *certain patients leur manque de respect* (respectivement 53 % vs 22 % et 50 % vs 21 %),
- d'*investir la relation avec leurs patients plus qu'ils ne reçoivent de leur part* (respectivement 35 % vs 13 % et 33 % vs 8 %).

... et aux difficultés à concilier la vie familiale et la vie professionnelle

Après ajustements, les médecins déclarant *éprouver des difficultés à concilier leur vie familiale et leur travail*²⁷ présentent également plus fréquemment que le reste de leurs confrères des scores élevés d'épuisement émotionnel (49 % vs 14 %) et de déshumanisation de la relation aux patients (41 % vs 16 %).

Une influence particulière de l'autonomie professionnelle

- L'analyse multivariée montre enfin des associations entre les scores élevés d'épuisement émotionnel et de déshumanisation de la relation aux patients et les propositions relatives à l'autonomie professionnelle.

En effet, les médecins déclarant *devoir faire des choses qui au fond sont contradictoires*²⁷ présentent plus fréquemment que le reste de leurs confrères des scores élevés d'épuisement émotionnel (46 % vs 23 %) et de déshumanisation de la relation aux patients (41 % contre 23 %).

Ces fréquences plus importantes sont également observées parmi les médecins déclarant *ce que l'on exige d'eux ne leur permet pas d'utiliser toutes leurs compétences*²⁷ (46 % vs 21 % pour l'épuisement émotionnel, 38 % contre 23 % pour la déshumanisation de la relation aux patients).

²⁷ Selon les modalités *beaucoup, très fortement* ou *énormément*

- Un niveau élevé du score d'épuisement émotionnel est également plus fréquemment retrouvé parmi les médecins déclarant *accumuler du travail en retard*²⁸ (41 % vs 23 %).

Des spécificités régionales ?

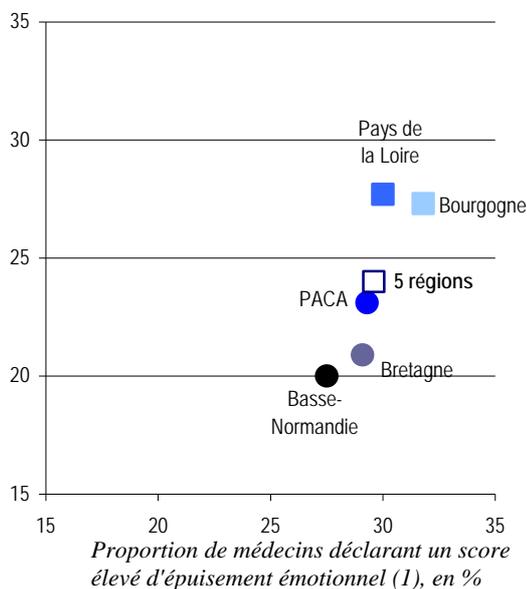
- La proportion de médecins présentant un score élevé de déshumanisation de la relation aux patients est significativement plus élevée dans les Pays de la Loire (28 %) et en Bourgogne que dans les régions Bretagne (21 %) et Basse-Normandie (20 %). La significativité des écarts entre les Pays de la Loire et ces deux dernières régions sont confirmées après ajustement sur les caractéristiques démographiques et d'exercice des praticiens.

Ces différences ne peuvent être directement expliquées par les différences de taux de non participation au Panel. Celui-ci s'élève à 33 % en Basse-Normandie, 37 % en PACA, 47 % en Pays de la Loire, 47 % en Bourgogne et 49 % en Bretagne [22].

- En revanche, en ce qui concerne l'épuisement émotionnel, les médecins des Pays de la Loire ne se distinguent pas de leurs homologues des autres régions (fig.II-1).

Fig.II-1 - Epuisement professionnel selon les régions

Proportion de médecins déclarant un score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (1), en %



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Selon la méthode définie dans l'encadré E.II-4.

²⁸ Selon les modalités *beaucoup, très fortement ou énormément*

Bibliographie

- [1] Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail. (2009). Indicateurs provisoires de facteurs de risques psychosociaux au travail. Dares, Drees. 33 p.
- [2] W.B. Schaufeli, A. Bakker. (2003). Utrecht work engagement scale. Preliminary manual. Occupational health psychology unit, Utrecht university. 58 p.
- [3] W.B. Schaufeli, M. Salanova. (2007). Work engagement. An emerging psychological concept and its implications for organizations. In *Managing social and ethical issues in organizations*. Information Age Publishing. pp. 135-177.
- [4] D. Truchot. (2002). Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Rapport de recherche. URML Champagne Ardenne. 43 p.
- [5] D. Chouanière. (2006). Stress et risques psychosociaux : concept et prévention. *Documents pour le médecin du travail*. INRS. n° 106. pp. 169-186.
- [6] I. Niedhammer, J.F. Chastang, L. Gendrey *et al.* (2006). Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du "Job Content Questionnaire" de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé publique*. SFSP. vol. 18, n° 3. pp. 413-427.
- [7] N. Guignon, I. Niedhammer, N. Sandret. (2008). Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. *Documents pour le médecin du travail*. INRS. n° 115. pp. 389-398.
- [8] D. Truchot. (2004). Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions. Ed. Dunod. 265 p.
- [9] C. Maslach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. (1996). Maslach burnout inventory. (3rd ed). Consulting Psychologists Press.
- [10] G. Dion, R. Tessier. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement*. vol. 26, n° 2. pp. 210-227.
- [11] M. Lourel, N. Gueguen. (2007). Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale*. vol. 33, n° 6. pp. 947-953.
- [12] C. Maslach. (2003). Burnout : the cost of caring. Ed. Malor Books. 276 p.
- [13] P. Canouï, A. Mauranges. (2008). Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Ed. Masson. 240 p.
- [14] W.B. Schaufeli, E.R. Greenglass. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology and health*. vol. 16, n° 5. pp. 201-510.
- [15] H. Dusmesnil, B. Saliba Serre, J.C. Régi *et al.* (2009). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé publique*. SFSP. vol. 21, n° 4. pp. 353-354.
- [16] C. Vaquin-Villeminey. Prévalence du burnout en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. (2007). Université René Descartes Paris 5. 59 p. (thèse de médecine générale).

[17] M.H. Mangen. (2007). Étude du burn out chez les médecins généralistes luxembourgeois. Université Pierre et Marie Curie Paris 6. 119 p. (thèse de médecine générale).

[18] S. Chan Lin Chanteau. (2006). Le burnout des médecins généralistes libéraux de Tahiti. Université René Descartes Paris 5. 56 p. (thèse de médecine générale).

[19] C. Goehring, M. Bouvier Gallacchi, B. Künzi *et al.* (2005). Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners : a cross-sectional survey. *Swiss medical weekly*. vol. 135, n° 7-8. pp. 101-108.

[20] C. Zeter. (2004). Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Université de Poitiers. 131 p. (thèse de médecine générale).

[21] P. Cathébras, A. Begon, S. Laporte *et al.* (2004). Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse médicale*. t. 33, n° 22. pp. 1569-1574.

[22] M. Aulagnier, Y. Obadia, A. Paraponaris *et al.* (2007). L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. *Etudes et résultats*. Drees. n° 610. 8 p.

Pour en savoir plus

Drees. (2007). Les conditions de travail dans les établissements de santé. *Dossiers solidarité et santé*. Hors série. 64 p.

R. Le Lan, D. Baubeau. (2004). Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé. *Etudes et résultats*. Drees. n° 335. 12 p.

P. Bouffartigue, J. Bouteiller, A.M. Arborio. (2005). Les conditions de travail des médecins : intérêt et limites d'une comparaison entre médecins salariés et libéraux. *Document de travail, série études*. Drees. n° 50. 81 p.

CHAPITRE III - L'ETAT DE SANTE DES MEDECINS GENERALISTES

La quatrième vague du Panel en médecine générale apporte des informations concernant la santé des praticiens en exercice, à travers différents indicateurs relatifs à l'état de santé physique et psychique. Sont étudiées également les éventuelles situations de surcharge pondérale des généralistes ainsi que leurs habitudes en matière de consommation de tabac et d'alcool. Ces facteurs, qui font partie des principaux déterminants de santé, peuvent aussi constituer des signes d'alerte voire des symptômes de souffrance psychique.

Ces données concernant la santé des médecins généralistes de la région ont été comparées à celles de leurs confrères des quatre autres régions participant au Panel (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Elles ont aussi été mises en regard d'indicateurs issus de diverses enquêtes en population, et notamment d'indicateurs concernant les professions libérales et cadres supérieurs. Ces comparaisons ont été réalisées à structure d'âge et sexe identiques, afin de décrire au mieux les spécificités de la santé des praticiens ligériens. Toutefois, les résultats concernant les médecins ne sont pas toujours strictement comparables à ceux d'un autre groupe socioprofessionnel, fut-il de même niveau social. En effet, il est vraisemblable que les représentations des médecins en matière de santé, et notamment le regard qu'ils portent sur leur propre santé, sur les éventuels symptômes, pathologies ou limitations fonctionnelles dont ils sont atteints, sur leurs comportements en lien avec la santé sont fortement influencés par leurs connaissances scientifiques et leur vécu dans ce domaine. Par ailleurs, certains termes concernant la santé peuvent être différemment interprétés par les praticiens et par la population générale, et donc induire des réponses différentes aux questions posées à ce propos.

Enfin, d'éventuelles corrélations entre la santé des médecins et certaines caractéristiques de leur exercice professionnel ont été recherchées au moyen d'analyses multivariées, afin d'étudier l'effet propre de chacun des facteurs, toutes choses égales par ailleurs.

III-1 Etat de santé perçu et problèmes de santé déclarés

79 % des généralistes libéraux qui exercent dans les Pays de la Loire se déclarent en bonne ou très bonne santé

- En réponse aux questions du MMES (*Module Minimum Européen sur la Santé*), qui permet une approche synthétique de l'état de santé (encadré E.III-1):
 - 79 % des généralistes libéraux qui exercent dans les Pays de la Loire se déclarent en *bonne* ou *très bonne* santé, et 21 % évoquent un état de santé altéré, c'est-à-dire *assez bon* (17 %), *mauvais* (3 %) ou *très mauvais* (< 1%),
 - 35 % disent avoir une maladie ou un problème de santé *chronique ou de caractère durable*,
 - 11 % déclarent être limités depuis au moins six mois, *dans les activités que les gens font habituellement, à cause d'un problème de santé*.

- Pour ces trois indicateurs d'état de santé déclaré, la situation des généralistes ligériens n'est pas différente de celle de leurs homologues des quatre autres régions du Panel.
- Il existe bien sûr une interaction marquée entre les problèmes de santé déclarés et la santé perçue. Ainsi, près de la moitié des médecins qui mentionnent un problème de santé chronique (45 %) perçoivent leur état de santé comme altéré. Les deux tiers des médecins qui expriment une limitation fonctionnelle sont également dans ce cas.
- L'enquête ne permet pas de connaître la nature des problèmes de santé chroniques et des limitations fonctionnelles dont déclarent souffrir les médecins généralistes en activité. Leur gravité peut dans une certaine mesure être appréhendée par la notion d'Affection de longue durée (ALD). 20 % des généralistes qui déclarent un problème de santé chronique et 27 % de ceux qui souffrent d'une limitation fonctionnelle bénéficient d'une prise en charge par l'Assurance maladie au titre d'une ALD²⁹.

E.III-1 Le Module minimum européen sur la santé (MMES)

Le Module minimum santé européen (MMES) est un module de questions standardisé, utilisé dans différentes enquêtes au niveau européen, afin de faciliter les comparaisons entre ces enquêtes.

Il permet d'apprécier la perception des individus interrogés sur leur propre santé. Il se compose de trois questions :

- *Comment est votre état de santé en général ?*

"Très bon", "Bon", "Assez bon", "Mauvais", "Très mauvais"

- *Avez-vous une maladie chronique ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?*

"Oui", "Non"

- *Etes-vous limité, depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?*

"Oui, fortement limité", "Oui, limité mais pas fortement", "Non, pas limité du tout"

L'état de santé a été considéré déclaré comme "altéré" si les personnes ont choisi les modalités "Assez bon", "Mauvais" ou "Très mauvais" à la première question.

La notion de limitation fonctionnelle a été retenue si les personnes ont choisi les modalités "Oui, fortement limité" ou "Oui, limité mais pas fortement" à la troisième question.

Limite : en raison du rôle important des représentations des individus et des normes sociales et culturelles, il peut exister un décalage entre cet état de santé ressenti et exprimé par les individus et l'état de santé basé sur des éléments "objectivés", symptômes, maladies ou handicaps [1,2].

Par rapport aux cadres supérieurs, une santé perçue moins favorablement...

- Les résultats du Panel en matière de santé perçue peuvent être comparés à ceux de deux enquêtes en population générale menées en 2008 en France, l'enquête *Santé Protection Sociale* (ESPS) de l'Irdes et l'enquête *Handicap et santé* (HSM) de la Drees qui utilisent également le MMES.

²⁹ Dans les Pays de la Loire, 94 % des généralistes en ALD déclarent souffrir d'un problème de santé chronique ou d'une limitation fonctionnelle (90 % pour l'ensemble des cinq régions).

• Cette comparaison met en évidence, parmi les généralistes, une proportion de personnes qui déclarent un état de santé altéré deux fois plus élevé que dans la population des professions libérales et cadres supérieurs (21 % vs respectivement 13 % dans l'enquête ESPS et 11 % dans l'enquête Handicap santé).

Cette proportion, parmi les généralistes, est proche de celle concernant l'ensemble de la population active française.

... mais pas plus de pathologies chroniques ni de limitations fonctionnelles

En revanche aucun écart n'est observé entre les généralistes et les cadres et professions libérales, ni pour les problèmes de santé chronique, ni pour les limitations fonctionnelles (fig.III-1)³⁰.

Les différences de résultats relatifs aux limitations fonctionnelles de l'ensemble de la population active observées entre les enquêtes ESPS 2008 et *Handicap santé* 2008, ne permettent pas de disposer de référence fiable pour les comparaisons avec les médecins généralistes.

Fig.III-1 - Comparaisons de l'état de santé déclaré entre les généralistes et l'ensemble de la population active

Proportion de personnes déclarant...

| | Que leur état de santé en général est "très mauvais", "mauvais" ou "assez bon" | Avoir une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ⁽¹⁾ | Etre limité depuis au moins 6 mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement |
|--|--|---|--|
| Ensemble des médecins généralistes en activité | | | |
| Panel en médecine générale - 2008 | | | |
| Pays de la Loire | 21 % | 35 % | 11 % |
| Ensemble des cinq régions | 21 % | 33 % | 11 % |
| Ensemble des professions libérales et cadres supérieurs en activité (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | | |
| ESPS 2008, France métropole | 13 % | - | 8 % |
| Handicap santé 2008, France entière | 11 % | 37 % | 11 % |
| Ensemble de la population active (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | | |
| ESPS 2008, France métropole | 21 % | - | 12 % |
| Handicap santé 2008, France entière | 24 % | 40 % | 18 % |

Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; ESPS 2008, Irdes ; HSM 2008, Insee, Drees - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Pour cette variable, les comparaisons avec les données de l'enquête ESPS ne peuvent être réalisées car la question posée (*souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?*) diffère de celle du Panel (*avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?*).

³⁰ Voir "éléments de méthodologie"

Des indicateurs de santé perçue peu différents selon le sexe...

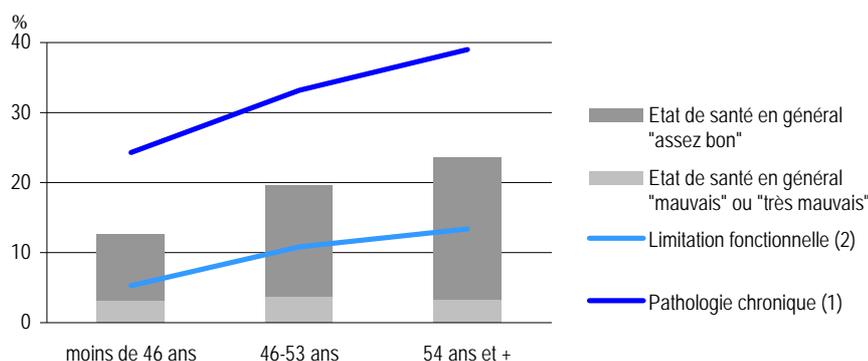
• Pour les trois indicateurs d'état de santé du MMES, l'analyse multivariée des résultats du Panel ne met pas en évidence de différence statistiquement significative entre les généralistes hommes et leurs consœurs³¹ (annexe III-1).

• En revanche, comme pour les autres groupes sociaux, l'analyse multivariée montre une évolution défavorable de la situation avec l'âge. Ainsi, la proportion de médecins qui déclarent un état de santé altéré est multipliée par deux chez les généralistes de plus de 54 ans par rapport à ceux de moins de 46 ans. Cette différence provient de la plus grande fréquence de la modalité de réponse *assez bon*, alors que celle relative aux modalités *mauvais* ou *très mauvais* reste relativement stable avec l'âge.

Cette augmentation avec l'âge est retrouvée pour la fréquence des problèmes de santé chronique et pour la fréquence des limitations fonctionnelles (Fig.III-2)³².

Fig.III-2 - Etat de santé déclaré par les médecins généralistes selon l'âge Pays de la Loire

Proportion de médecins déclarant un(e)...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Déclarer avoir une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable.

⁽²⁾ Déclarer "être fortement limité" ou "être limité mais pas fortement" depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement.

... et selon le lieu d'exercice

L'analyse multivariée ne montre pas de relation entre l'état de santé déclaré par les généralistes et les caractéristiques d'installation telles que la commune d'exercice (urbain/rural), l'exercice en groupe ou individuel...

³¹ Pour l'indicateur "état de santé déclaré comme altéré", ce résultat doit être considéré avec précaution dans la mesure où, pour l'ensemble des cinq régions ayant participé au Panel, la différence entre les deux sexes est statistiquement significative après ajustement sur l'âge et les modalités d'exercice (23 % pour les femmes vs 20 % pour les hommes).

³² Voir "éléments de méthodologie"

Un état de santé déclaré moins favorable pour les praticiens qui travaillent un nombre d'heures important

- L'analyse multivariée met par contre en évidence un lien entre l'état de santé déclaré et le temps hebdomadaire que les médecins déclarent consacrer à leur travail.

Ainsi, les médecins qui travaillent plus de 65 heures par semaine déclarent plus fréquemment un état de santé altéré (27 % vs 16 % pour ceux dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 45 heures et 19 % pour ceux dont cette durée se situe entre 46 et 64 heures).

- Par ailleurs, les praticiens qui prennent moins de quatre semaines de congés dans l'année déclarent deux fois plus souvent être atteints d'un problème de santé chronique (60 % vs 31 %). Cette situation ne correspond à un étalement du temps de travail, car elle persiste après ajustement sur le temps de travail hebdomadaire.

Une adaptation de l'organisation du travail au cabinet pour les médecins qui souffrent d'une limitation fonctionnelle

Les médecins qui souffrent d'une limitation fonctionnelle se distinguent de leurs confrères par des modalités d'exercice au cabinet qui peuvent être considérées comme moins "contraignantes".

- Après ajustements, les limitations fonctionnelles apparaissent ainsi plus fréquentes chez les généralistes déclarant *qu'il leur est arrivé d'interrompre leur travail pendant une demi-journée* au cours du mois précédant l'enquête, *en dehors des demi-journées où ils ne travaillent pas habituellement*, ainsi que chez ceux qui consultent essentiellement sans rendez-vous.

Des liens marqués entre santé perçue et certains indicateurs d'épuisement professionnel

- Il existe également un lien entre la santé perçue et certains indicateurs de santé au travail étudiés au chapitre II de ce rapport, et notamment les scores d'épuisement émotionnel et de déshumanisation de la relation aux patients, outils de mesure de l'épuisement professionnel utilisés dans cette étude (encadré E.II-4 page 28).

Ainsi, l'analyse multivariée montre que les praticiens qui présentent des scores élevés d'épuisement émotionnel déclarent beaucoup plus fréquemment un état de santé altéré (40 vs 13 %).

Une situation analogue est retrouvée dans une moindre mesure pour les praticiens qui présentent des scores élevés de déshumanisation de la relation aux patients.

E.III-2 Espérance de vie des médecins libéraux

L'espérance de vie des médecins libéraux a été mesurée par la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). Ces informations peuvent être comparées aux données concernant l'ensemble de la population établies par l'Insee.

Selon ces données, l'espérance de vie à 60 ans des médecins libéraux est supérieure de deux années à celle de l'ensemble de la population en 2005, pour les hommes (respectivement 23,7 ans vs 21,4 ans) comme pour les femmes (28,4 ans vs 26,4) [3, 4].

III-2 Santé psychique

Pour apprécier la fréquence de la santé psychique des médecins généralistes, le Panel a utilisé cinq questions du questionnaire de qualité de vie SF36 (Short Form 36), habituellement regroupées sous l'appellation Mental Health 5 (MH5). Cet outil permet de repérer les personnes en situation de "détresse psychologique", présentant un risque accru de trouble anxieux ou dépressif (encadré E.III-3).

Cette approche a été complétée par une analyse de la fréquence de certains symptômes pouvant être en lien avec leur état de santé psychique, du recours aux médicaments psychotropes et des idées de suicide.

12 % des généralistes en état de détresse psychologique au moment de l'enquête

- En réponse aux cinq propositions du MH5, c'est la difficulté à se sentir "*calme et détendu*" que les médecins expriment le plus souvent : 39 % d'entre eux disent *ne jamais, rarement* ou *seulement quelquefois s'être senti calme ou détendu au cours des quatre dernières semaines*.

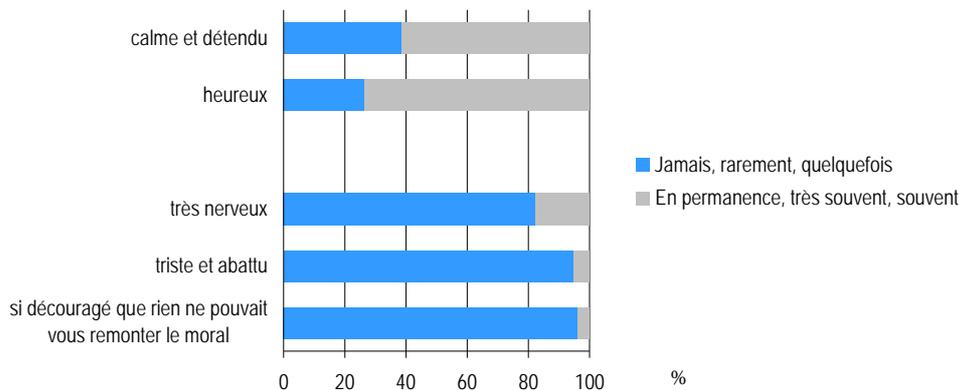
Viennent ensuite la difficulté à se sentir *heureux* (27 %) et le sentiment d'être *très nerveux* (18 % déclarant l'être *en permanence, souvent* ou *très souvent*).

La tristesse, l'abattement, et le découragement sont moins souvent exprimés. (Fig.III-3)

- Les scores établis à partir de ces différentes réponses permettent d'estimer que 12 % des médecins généralistes en activité dans les Pays de la Loire présentent un état de détresse psychologique au moment de l'enquête.

Fig.III-3 - Signes de détresse psychologique

Proportion de généralistes déclarant s'être sentis au cours des quatre dernières semaines...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

E.III-3 Le Mental health 5 (MH5)

Le Mental Health 5 (MH5) est un questionnaire sur la santé psychique, issu de l'autoquestionnaire MOS SF 36 (Medical Outcomes Study Short 36-items Health Survey) ou SF-36, qui est une échelle générique de mesure de la qualité de vie, validée et largement diffusée au niveau international.

Le MH5 se compose des cinq questions suivantes :

Au cours des quatre dernières semaines, y-a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti ?

Q1 - très nerveux (-)

Q2 - si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral (-)

Q3 - calme et détendu (+)

Q4 - triste et abattu (-)

Q5 - heureux (+)

Les modalités de réponses possibles sont "en permanence", "très souvent", "souvent", "quelquefois", "rarement", et "jamais".

Un score de 0 à 5 est attribué à chacune des réponses. Ce score varie de façon croissante entre 0 pour la réponse "en permanence" et 5 pour "jamais" lorsque les questions sont exprimées sous l'angle négatif (Q1, Q2 et Q4). Inversement, ce score varie entre 5 pour la réponse "en permanence" et 0 pour "jamais" lorsque les questions sont exprimées sous l'angle positif (Q3 et Q5).

La somme de ces différents scores se situe donc entre 0 et 25. Lorsque cette somme est inférieure ou égale à 13, les auteurs de cet outil considèrent que la personne présente un état de détresse psychologique. Cette situation correspond à une probabilité accrue d'avoir un trouble anxieux ou dépressif, sans que l'on puisse conclure un diagnostic [5,6].

Des états de détresse psychologique souvent associés au cumul de certains symptômes...

- Interrogés sur l'existence *au cours des douze derniers mois* de différents symptômes pouvant être en lien avec leur état de santé psychique, 79 % des généralistes déclarent avoir ressenti *de manière répétée de la fatigue*, et 66 % *du stress*.

43 % font état de *troubles du sommeil*, et 33 % mentionnent des *brûlures d'estomac ou un reflux gastro-oesophagien* sur cette période.

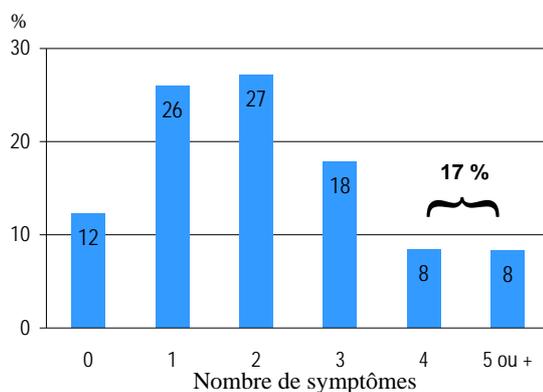
Les autres symptômes (palpitations, colites, malaises, essoufflements, manque d'appétit ou boulimie) sont moins souvent exprimés (Fig.III-7 page 45).

- 17 % des généralistes déclarent avoir souffert *de manière répétée au cours des douze mois* précédant l'enquête d'au moins quatre de ces neuf symptômes, 8 % de cinq ou plus (Fig.III-4).

- Il existe un lien très important entre les situations de cumul de ces symptômes et l'état de détresse psychologique identifié par le MH5. 41 % des médecins qui déclarent au moins quatre symptômes paraissent être en situation de détresse psychologique, contre seulement 6 % de leurs confrères qui ne sont pas dans ce cas³³.

Fig.III-4 - Nombre de symptômes ressentis de manière répétée

Proportion de généralistes déclarant avoir ressenti de manière répétée au cours des douze derniers mois un nombre de symptômes (parmi les neuf proposés) égal à...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

... à l'usage d'anxiolytiques et d'hypnotiques

- 20 % des généralistes des Pays de Loire déclarent avoir pris au cours des douze derniers mois des anxiolytiques ou hypnotiques, de façon régulière ou épisodique, et 6 % des antidépresseurs (Fig.III-5).

- Le recours aux anxiolytiques ou hypnotiques apparaît deux fois plus fréquent parmi les médecins qui présentent un état de détresse psychologique (37 % vs 18 %), ainsi que parmi ceux qui déclarent le cumul d'au moins quatre de certains symptômes (38 % vs 16 %)³³.

³³ Cet écart est significatif après ajustement sur les caractéristiques démographiques et les caractéristiques d'exercice (voir annexe III-2)

Fig.III-5 - Consommation de médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois

Proportion de personnes déclarant avoir pris au cours des douze derniers mois des...

| | % |
|--|------|
| Anxiolytiques ou hypnotiques | 20 % |
| <i>tous les jours ou plusieurs fois par mois</i> | 5 % |
| <i>quelquefois par mois ou plus rarement</i> | 14 % |
| Antidépresseurs | 6 % |

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

... et aux idées suicidaires

- 27 médecins généralistes des Pays de la Loire sur les 440 praticiens interrogés dans le cadre du Panel (soit 6 %) déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois. Deux médecins déclarent lors de l'enquête téléphonique qu'il leur est arrivé de faire des projets de suicide sur cette période.
- Les médecins en situation de détresse psychologique sont particulièrement exposés à ce risque : sur l'ensemble des cinq régions ayant participé au Panel³⁴, 26 % des professionnels concernés déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois (vs 4 % pour leurs confrères qui ne sont pas dans cet état).

Une situation en Pays de la Loire qui ne diffère pas de celle des autres régions

La fréquence des états de détresse psychologique, du cumul de certains symptômes au cours des douze derniers mois, du recours aux médicaments psychotropes (anxiolytiques ou hypnotiques ; antidépresseurs), et des idées suicidaires exprimées par les généralistes des Pays de la Loire ne sont pas statistiquement différentes de celles observées dans les autres régions ayant participé au Panel.

Des états de détresse psychologique moins fréquents que dans la population générale...

- Les comparaisons à la situation de l'ensemble de la population active appréciées par les résultats des enquêtes *Santé Protection sociale* (ESPS) 2008 et *Handicap et santé* 2008, montrent que l'état de détresse psychologique est moins fréquent parmi les médecins généralistes que parmi l'ensemble de la population active (12 % vs 16 % dans l'enquête HSM et 20 % dans l'enquête ESPS) (Fig.III-6).
- Les résultats relatifs à la catégorie des cadres supérieurs sont très différents dans les enquêtes ESPS et *Handicap et santé*, ce qui ne permet pas de disposer d'une référence fiable pour des comparaisons entre cette catégorie sociale et les médecins généralistes.

³⁴ Regroupées pour améliorer la puissance de l'enquête sur cette situation peu fréquente

Fig.III-6 - Comparaison de la prévalence de l'état de détresse psychologique entre les médecins généralistes et l'ensemble de la population active

| | % de personnes présentant un état de détresse psychologique (selon le MH5) |
|--|--|
| Ensemble des médecins généralistes en activité | |
| Panel en médecine générale - 2008 | |
| Pays de la Loire | 12 % |
| Ensemble des cinq régions | 12 % |
| Ensemble des professions libérales et cadres supérieurs en activité (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | |
| ESPS 2008, France métropole | 16 % |
| Handicap santé 2008, France entière | 10 % |
| Ensemble de la population active (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | |
| ESPS 2008, France métropole | 19 % |
| Handicap santé 2008, France entière | 16 % |

Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; ESPS 2008, Irdes ; HSM 2008, Insee, Drees - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

... mais les généralistes plus souvent concernés par les états de fatigue et les troubles du sommeil répétés

- Cette situation plus favorable pour les médecins généralistes que pour la population générale en matière de détresse psychologique ne se retrouve pas pour les indicateurs relatifs à la survenue de façon répétée de différents symptômes au cours des douze derniers mois (Fig.III-7).
- Si l'on considère le cumul d'au moins quatre de certains symptômes, la comparaison aux résultats de l'enquête HSM 2008³⁵ montre une fréquence pour les médecins généralistes équivalente à celle de l'ensemble de la population active (17 %)³⁶.
- La situation devient même plus défavorable pour les médecins généralistes si l'on considère les différents symptômes un à un. Les praticiens sont environ deux fois plus nombreux que l'ensemble de la population active, et que la catégorie des cadres supérieurs à déclarer *avoir ressenti de manière répétée au cours des douze derniers mois de la fatigue* (79 % vs 44 % pour l'ensemble de la population active et 39 % pour les cadres). Cette situation est également observée pour les *troubles du sommeil* (43 % vs respectivement 27 %). Cet écart se retrouve aussi pour les *brûlures d'estomac ou reflux gastro-oesophagien* et les *palpitations ou de la tachycardie*. Il est moindre pour le stress (66 % vs 45 %).

³⁵ Ces informations n'ont pas été recueillies dans l'enquête ESPS 2008.

³⁶ Pour les cadres supérieurs, cette proportion s'élève à 13 % dans l'enquête HSM. Mais les divergences observées pour cette catégorie sociale entre cette source et l'enquête ESPS pour la fréquence de l'état de détresse psychologique conduisent à rester prudent sur l'interprétation de cette comparaison.

Fig.III-7 - Comparaison de la prévalence de certains symptômes entre les médecins généralistes et l'ensemble de la population active

% de personnes déclarant avoir eu de manière répétée au cours des douze derniers mois...

| | Médecins généralistes | | Cadres supérieurs (% standardisées sur la structure par âge et sexe des généralistes) | Ensemble de la population active (% standardisées sur la structure par âge et sexe des généralistes) |
|--|-----------------------|-----------------|--|--|
| | Panel 2008 | | | |
| | Pays de la Loire | Cinq régions | HSM 2008 France entière | HSM 2008 France entière |
| De la fatigue | 79 % | 76 % | 39 % | 44 % |
| Du stress | 66 % | 67 % | 52 % | 45 % |
| Des troubles du sommeil | 43 % | 41 % | 24 % | 27 % |
| Des brûlures d'estomac, reflux gastriques ou oesophagiens | 33 % | 35 % | 15 % | 18 % |
| Des palpitations, tachycardie | 17 % | 16 % | 6 % | 8 % |
| Des colites, douleurs intestinales chroniques, constipation | 14 % | 16 % | 11 % | 10 % |
| Des malaises, étourdissements, vertiges, éblouissements | 11 % | 9 % | 5 % | 10 % |
| Des essoufflements (difficultés à respirer) | 10 % | 9 % | 6 % | 12 % |
| Un manque d'appétit, anorexie ou boulimie | 8 % | 10 % | 5 % | 5 % |
| 4 symptômes ou plus | 17 % | 19 % | 13 % | 17 % |

Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; HSM 2008, Insee, Drees - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

... et par l'usage des anxiolytiques et hypnotiques

- La plus grande fréquence des troubles répétés du sommeil exprimés par les praticiens peut être rapprochée de leur usage plus important des anxiolytiques ou des hypnotiques.

Les comparaisons aux résultats de l'enquête Baromètre santé 2005 montrent en effet que le recours à ces médicaments au cours des douze derniers mois concerne 20 % des médecins généralistes contre 11 % de l'ensemble de la population active et 15 % des cadres supérieurs³⁷ (Fig.III-8).

- Concernant les antidépresseurs, dont le recours répond à une problématique différente de la classe thérapeutique précédente et dont l'usage ne peut être ponctuel, la fréquence de consommation des médecins généralistes est équivalente à celle déclarée par l'ensemble de la population active et par les cadres supérieurs.

³⁷ Voir limites dans "Éléments de méthodologie" en annexe. Il est possible que les moindres connaissances des classes thérapeutiques auxquelles appartiennent les médicaments, conduisent les non-médecins à omettre involontairement y avoir eu recours ou à ne pas pouvoir mentionner leur nom. Dans l'enquête Baromètre santé, les personnes sont invitées à d'abord répondre aux questions "au cours des douze derniers mois avez-vous déjà pris 1- des antidépresseurs / 2- des anxiolytiques ou des tranquillisants / 3- des somnifères ou des hypnotiques", puis à préciser le nom précis du médicament. Celui-ci est ensuite reclassé par l'Inpes si besoin dans la "bonne" classe thérapeutique. Lorsque la personne n'est pas en mesure d'indiquer le nom du médicament (entre 15 à 20 % des cas pour les antidépresseurs et les anxiolytiques), ce dernier est laissé dans la classe indiquée par la personne interrogée.

Fig.III-8 - Comparaison du recours aux médicaments psychotropes entre les médecins généralistes et l'ensemble de la population active

Proportion de personnes déclarant avoir au cours des douze derniers mois pris...

| | Des anxiolytiques ou des hypnotiques | Des antidépresseurs |
|--|--------------------------------------|---------------------|
| Ensemble des médecins généralistes en activité | | |
| Panel en médecine générale - 2008 | | |
| Pays de la Loire | 19,8 % | 5,7 % |
| Ensemble des cinq régions | 19,7 % | 5,2 % |
| Ensemble des professions libérales et cadres supérieurs en activité en France métropole (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | |
| Baromètre santé 2005 | | |
| | 14,5 % | 5,8 % |
| Ensemble de la population active en France métropole (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | |
| Baromètre santé 2005 | | |
| | 11,2 % | 5,5 % |

Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; Baromètre santé 2005, Inpes - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

- L'enquête Baromètre santé 2005 apporte des données sur la fréquence des pensées suicidaires parmi l'ensemble de la population active et les cadres supérieures mais leur comparaison aux données de la population médicale n'a pas été jugée suffisamment rigoureuse pour être présentée³⁸.

E.III-4 Le suicide dans la population médicale

Le suicide des médecins, tous modes d'exercice confondus, a fait l'objet de nombreux travaux au plan international. Tous mettent en évidence une nette surmortalité des femmes médecins par rapport à la population générale, avec un risque relatif en général supérieur à 2. Pour les praticiens de sexe masculin, les résultats sont moins homogènes. Certaines études observent une légère surmortalité, mais d'autres montrent une mortalité non différente voire inférieure. [7-9]

En France, une étude menée à partir des données collectées dans 26 départements par les Conseils de l'ordre des médecins constate que, sur 492 décès dénombrés entre 1998 et 2003, 69 soit 14 % sont des suicides certains [10,11].

Sur la même période en France métropolitaine, parmi les décès de personnes de 30 à 64 ans, 6,6 % sont des suicides (7 % chez les hommes et 5,8 % chez les femmes) (*données Inserm CépiDc*).

³⁸ La formulation de la question "avez-vous pensé au suicide", qui ne précise pas la notion "pour vous-même", conduit à rester prudent sur les comparaisons entre les médecins généralistes (6,5 % des médecins de l'ensemble des cinq régions du Panel déclarent avoir pensé au suicide au cours des douze derniers mois) avec l'ensemble de la population active (4,4 % à structure selon l'âge et le sexe identique, selon BS2005) et les cadres supérieurs (5,3 % différence statistiquement non significative).

En effet, les connaissances spécifiques des médecins dans ce domaine, mais aussi le fait que leur exercice professionnel les y confronte de façon indirecte à travers les situations vécues par leur patientèle, peuvent amener ces professionnels à considérer différemment l'intitulé même de la question que le reste de la population.

Une situation plus défavorable pour les femmes médecins généralistes...

- L'analyse multivariée des résultats du Panel montre que les généralistes femmes expriment plus fréquemment que leurs confrères un état de détresse psychologique identifié par le MH5 (17 % vs 10 %) et le cumul de certains symptômes survenus de façon répétée au cours des douze derniers mois (22 % vs 15 %) (annexe III-2).

Dans les Pays de la Loire, le recours aux anxiolytiques ou hypnotiques n'apparaît pas statistiquement différent entre les deux sexes^{39,40}.

- Pour ces trois indicateurs - état de détresse psychologique, cumul de certains symptômes, recours aux anxiolytiques ou hypnotiques - il n'est pas observé de variation significative avec l'âge⁴¹.

... et pour les praticiens ayant un temps de travail relativement élevé

L'analyse multivariée met en évidence l'existence d'un lien entre les troubles de la santé psychique des généralistes tels qu'ils sont approchés par cette enquête et certaines caractéristiques d'exercice.

- Tout d'abord, après ajustements sur les caractéristiques démographiques et d'exercice, les médecins qui travaillent plus de 65 heures expriment plus souvent un état de détresse psychologique identifié par le MH5 (21 % vs 7 % pour ceux dont la durée de travail est inférieure à 45 heures et 9 % pour ceux dont la durée se situe entre 46 et 64 heures).

Ils sont également plus nombreux à déclarer le cumul de certains symptômes.

Il n'apparaît pas de lien significatif entre le temps de travail déclaré et le recours aux anxiolytiques ou hypnotiques.

- Par ailleurs, les médecins généralistes qui exercent seuls déclarent plus souvent le cumul de certains symptômes (21 % vs 14 % pour leurs confrères installés en groupe) et avoir eu recours aux anxiolytiques ou hypnotiques dans l'année (27 % vs 16 %). En revanche, il n'apparaît pas de lien entre cette modalité d'exercice et l'état de détresse psychologique.

- Aucune association significative n'est mise en évidence non plus par l'analyse multivariée entre les trois indicateurs relatifs aux troubles de la santé psychique - état de détresse psychologique, cumul de certains symptômes, recours aux anxiolytiques ou hypnotiques - et les autres caractéristiques d'exercice, en particulier la commune d'implantation du cabinet (urbaine/rurale).

³⁹ Ce résultat n'est pas retrouvé sur l'ensemble des cinq régions qui participent au Panel, la fréquence étant plus importante pour les femmes généralistes (24 % vs 18 % pour les hommes à structure par âge identique ; différence confirmée après ajustement sur les caractéristiques d'exercice).

⁴⁰ Les analyses multivariées n'ont pas été réalisées pour le recours aux antidépresseurs, les effectifs ayant été jugés insuffisants.

⁴¹ Voir éléments de méthodologie

Un lien marqué entre troubles de la santé psychique et certains indicateurs d'épuisement professionnel...

- L'enquête montre l'existence d'associations marquées entre l'existence de troubles de la santé psychique et les indicateurs de santé au travail présentés au chapitre II de ce rapport, et notamment les scores élevés d'épuisement émotionnel et de déshumanisation de la relation aux patients, outils de mesure de l'épuisement professionnel utilisés dans cette étude (encadré E.II-4 page 28).

Après ajustements sur les caractéristiques démographiques et d'exercice, les généralistes qui présentent des scores relativement élevés d'épuisement émotionnel sont plus nombreux à exprimer une situation de détresse psychologique identifiée par le MH5 (29 % vs 5 %), le cumul de certains symptômes (33 % vs 10 %), et dans une moindre mesure à avoir eu recours aux anxiolytiques ou hypnotiques dans l'année (28 % vs 16 %).

- Les praticiens ayant un score élevé de déshumanisation de la relation aux patients sont également plus nombreux à présenter un état de détresse psychologique (16 % vs 10 %) et le cumul de certains symptômes (28 % vs 12 %)⁴². En ce qui concerne le recours aux anxiolytiques ou hypnotiques, il n'apparaît pas de différence significative dans les Pays de la Loire, mais celle-ci est observée pour l'ensemble de l'échantillon des cinq régions participant au panel.

... et entre troubles de la santé psychique et état de santé déclaré

- Les analyses multivariées montrent enfin l'existence d'un lien très marqué entre les troubles de la santé psychique et l'état de santé déclaré. Ainsi, les généralistes qui déclarent un état de santé altéré sont trois fois plus nombreux à présenter une situation de détresse psychologique (31 % vs 7 %), le cumul de certains symptômes (38 % vs 11 %) et ont deux fois plus souvent eu recours aux anxiolytiques ou hypnotiques au cours de l'année (31 % vs 17 %).
- Les praticiens qui déclarent un problème de santé chronique et ceux qui souffrent d'une limitation fonctionnelle expriment également plus souvent un état de détresse psychologique (respectivement 19 % et 29 % vs moins de 10 % pour leurs confrères), le cumul de certains symptômes (27 % et 45 % vs moins de 13 %) et ont plus souvent recours aux anxiolytiques ou hypnotiques (26 % et 33 % vs moins de 18 %).

⁴² Les écarts sont statistiquement significatifs après ajustement sur les caractéristiques démographiques et d'exercice.

III-3 Surcharge pondérale

Le surpoids moins fréquent chez les médecins généralistes que pour l'ensemble de la population

- Les déclarations de chaque médecin concernant son poids et sa taille permettent de calculer son indice de masse corporelle et d'estimer ainsi la prévalence du surpoids parmi cette population (encadré E.III-5). Dans les Pays de la Loire, 35 % des médecins généralistes en activité présentent une surcharge pondérale (surpoids ou obésité).
- Cette situation est analogue à celle observée dans les quatre autres régions qui participent au Panel.
- L'enquête Baromètre santé 2005 apparaît être la source d'information la mieux adaptée pour comparer la situation des médecins généralistes en matière de surpoids avec celle de l'ensemble de la population active⁴³. Cette comparaison montre que les médecins généralistes apparaissent moins exposés aux problèmes de surpoids que l'ensemble de la population active (35 % vs 47 %) et de façon plus modérée que les cadres et professions intellectuelles supérieures (35 % vs 40 %). Cette situation plus favorable des médecins généralistes se retrouve chez les hommes comme chez les femmes (Fig.III-9).

Fig.III-9 - Comparaisons de la prévalence du surpoids déclaré entre les généralistes et l'ensemble de la population active

| | Proportion de personnes en surpoids (obésité incluse) (1) | | |
|---|---|--------|--------|
| | Deux sexes | Hommes | Femmes |
| Ensemble des médecins généralistes en activité | | | |
| Panel en médecine générale - 2008 | | | |
| Pays de la Loire | 35 % | 40 % | 18 % |
| Ensemble des cinq régions | 34 % | 39 % | 18 % |
| Ensemble des professions libérales et cadres supérieurs en activité en France métropole (% standardisés sur la structure par âge) | | | |
| Baromètre santé 2005 | 40 % | 47 % | 23 % |
| Ensemble de la population active en France métropole (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | | |
| Baromètre santé 2005 | 47 % | 54 % | 28 % |

Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; Baromètre santé 2005, Inpes - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Indice de masse corporelle (calculé à partir des déclarations de poids et de taille) supérieur ou égal à 25.

⁴³ L'enquête Baromètre santé (BS) a été privilégiée pour ces comparaisons car les modalités de recueil des mesures anthropométriques du BS et du Panel sont identiques : les personnes, interrogées par téléphone, déclarent leur poids et leur taille à l'enquêteur, sans aucune mesure ou vérification préalable sur une balance.

Les modalités de recueil sont très différentes dans les enquêtes ESPS et HSM, puisque les personnes sont invitées à renseigner ces informations sur un questionnaire écrit dans la première, et à l'enquêteur qui s'est déplacé à leur domicile dans la seconde. Ainsi évaluées, les prévalences du surpoids dans l'enquête ESPS 2008 sont supérieures à celles obtenues par l'enquête BS 2005 : respectivement 51 % et 47 % pour l'ensemble de la population active et à 41 % et 40 % pour les cadres supérieurs (à structure par âge et sexe identique à la population des généralistes).

Voir aussi éléments de méthodologie

E.III-5 Surpoids, obésité, indice de masse corporelle : définitions

Le surpoids et l'obésité sont le fait pour une personne d'avoir un poids trop élevé par rapport à la taille, en raison d'un excès de masse grasse. La mesure de référence internationale de la corpulence est l'Indice de masse corporelle (IMC). Il est égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre), soit P/T^2 .

Chez l'adulte (plus de 18 ans), le surpoids est défini par un IMC supérieur à 25 kg/m² et l'obésité par un IMC supérieur à 30 kg/m².

Limite : les modalités de recueil de ces informations (poids et taille déclarés, poids et taille mesurés par un professionnel...) influencent de façon importante les prévalences du surpoids et de l'obésité dans les enquêtes en population générale. Ainsi, dans les enquêtes téléphoniques les fréquences du surpoids et de l'obésité apparaissent sous-estimées, les personnes interrogées et en particulier les femmes ayant tendance à sous-estimer leur poids réel [12,13].

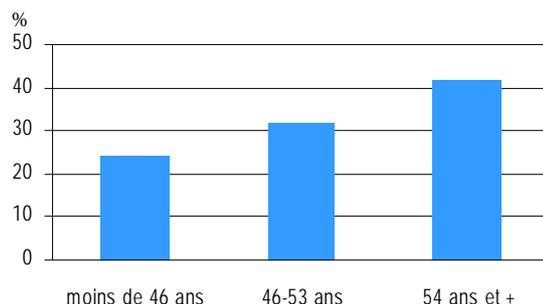
Un surpoids plus fréquent chez les médecins hommes...

- L'analyse multivariée des résultats du Panel montre que la surcharge pondérale est deux fois plus souvent rapportée par les médecins hommes que par leurs consœurs (39 % vs 20 % à structure par âge identique). Cet écart important selon le genre n'est pas spécifique à la population médicale. Néanmoins, comme en population générale, il doit être interprété avec prudence dans la mesure où différents travaux ont montré que les femmes sous-estiment de façon plus marquée leur corpulence (annexe III-3).

- Par ailleurs, pour les médecins généralistes comme en population générale, la situation évolue de façon défavorable avec l'âge. La fréquence de la surcharge pondérale passe ainsi de 24 % chez les praticiens de moins de 46 ans, à 32 % chez ceux de 47 à 53 ans et 42 % chez les 54 ans et plus (à structure par sexe identique)⁴⁴ (Fig.III-10)

Fig.III-10 - Prévalence du surpoids déclaré selon l'âge

Proportion de médecins en situation de surpoids (à structure selon le sexe identique)



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁴⁴ Voir "éléments de méthodologie" pour l'interprétation de l'association avec l'âge observée

... et les praticiens ayant un temps de travail relativement élevé

- L'analyse multivariée met également en évidence l'existence d'un lien entre la corpulence des généralistes et le temps qu'ils consacrent à leur travail. Les médecins qui travaillent plus de 65 heures dans la semaine sont ainsi plus souvent en surpoids (49 % *vs* 30 % pour leurs confrères qui travaillent moins de 65 heures, à structure par âge et sexe identique).
- Aucune association significative n'est par contre observée entre le surpoids et les autres caractéristiques d'exercice, comme la commune d'implantation du cabinet (urbaine/rurale), l'exercice seul ou en groupe...

Des liens entre surpoids et état de santé déclaré

- Par ailleurs, l'enquête montre le lien marqué qui existe entre le surpoids et l'état de santé déclaré pour les médecins généralistes, comme pour l'ensemble de la population [13].
Ainsi, après ajustements sur les caractéristiques démographiques et d'exercice, les praticiens qui déclarent un état de santé altéré sont plus souvent exposés au surpoids (50 % *vs* 30 %, à structure par âge et sexe identique).
Cette situation se retrouve pour les médecins qui déclarent un problème de santé chronique (46 % *vs* 28 %) et pour ceux qui souffrent d'une limitation fonctionnelle (50 % *vs* 32 %).
- L'enquête met également en évidence l'association marquée entre le surpoids et le cumul de certains symptômes en lien avec la santé psychique, survenus de façon répétée au cours des douze derniers mois (*fatigue, troubles du sommeil, brûlures d'estomac* ..., indicateur présenté page 42).
- Il apparaît aussi un lien entre le surpoids et l'épuisement émotionnel, indicateur de santé au travail présenté au chapitre II de ce rapport, mais il est moins marqué.

III-4 Tabagisme et consommation excessive d'alcool

Pour mesurer la prévalence du tabagisme et de la consommation excessive d'alcool chez les médecins généralistes, le Panel a privilégié l'utilisation de modules standardisés à l'instar de différentes enquêtes en population générale, pour permettre des comparaisons.

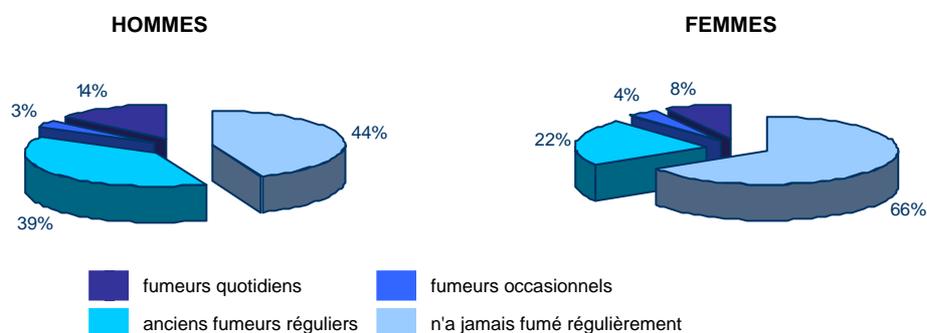
13 % des médecins généralistes fument quotidiennement

Parmi les généralistes en activité dans les Pays de la Loire :

- 13 % fument quotidiennement. Un tiers d'entre eux, soit 4 % de l'ensemble des médecins, peuvent être considérés comme "gros fumeurs", avec une consommation supérieure à 11 cigarettes par jour.
- 34 % des généralistes sont d'anciens fumeurs réguliers. Pour les trois quarts d'entre eux, le nombre d'années pendant lesquelles ils ont fumé est supérieur ou égal à dix.
- Enfin, 50 % des médecins déclarent ne pas fumer⁴⁵ et n'avoir jamais fumé de façon régulière (Fig.III-11).

Fig.III-11 - Prévalence du tabagisme selon le sexe

Proportion de médecins déclarant (être)...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Plus d'un généraliste sur quatre déclare une consommation d'alcool présentant des risques pour la santé à moyen ou long terme

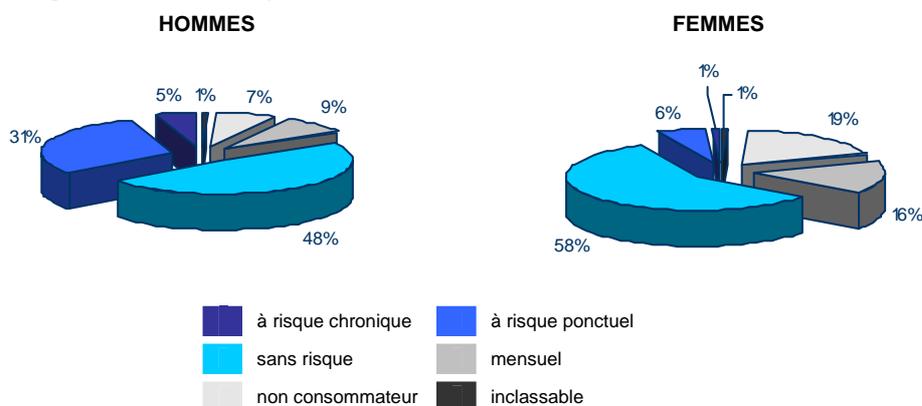
La version courte du test Audit (Audit-C) évalue les consommations d'alcool au cours des douze derniers mois en termes de fréquence et de quantité, permettant ainsi de distinguer celles qui présentent un risque pour la santé en référence aux recommandations de l'OMS (encadré E.III-6).

⁴⁵ Quotidiennement ou occasionnellement

• Selon les réponses aux trois questions qui composent le test Audit-C :

- 28 % des généralistes des Pays de la Loire déclarent une consommation d'alcool à risque pour la santé
 - . 24 % ont un profil de consommation "à risque ponctuel", consommant, mais pas plus d'une fois par mois, six verres ou plus au cours d'une même occasion, et buvant un nombre de verres inférieur aux recommandations (15 verres ou plus par semaine pour une femme et 22 verres ou plus pour un homme) ;
 - . 4 % ont un profil "à risque chronique" (y compris alcoolo-dépendance), avec des quantités d'alcool bues qui dépassent les recommandations et/ou déclarant boire 6 verres ou plus au cours d'une même occasion une fois par semaine ou plus souvent.
 - 50 % des médecins consomment de l'alcool quotidiennement, régulièrement (plusieurs fois par semaine) ou plus ponctuellement (deux à quatre fois par mois), sans que cette consommation ne présente de risque pour la santé,
 - 10 % des généralistes consomment de l'alcool de façon très ponctuelle (une fois par mois ou moins souvent). Dans cette étude, il n'est pas possible de distinguer ceux pour lesquels cet usage présente un risque pour la santé (encadré E.III-6),
 - 10 % des médecins déclarent ne jamais boire de boissons alcoolisées ;
 - enfin, moins de 1 % des médecins n'ont pas répondu à l'ensemble des questions et n'ont pu donc se voir attribuer un profil de consommation (Fig.III-12).
- Le tabagisme est associé à la consommation d'alcool à risque. 42 % des médecins généralistes qui fument quotidiennement ont une consommation d'alcool qui présente un risque pour la santé selon le test Audit-C, contre 26 % pour leurs confrères.

Fig.III-12 - Profils de consommation d'alcool (identifié par le test Audit-C adapté (1)) selon le sexe
Proportion de médecins ayant une consommation d'alcool...



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Il s'agit d'une adaptation de la définition proposée par l'Irdes (voir encadré E.III-6).

E.III-6 Test Audit-C

L'Audit-C, est la version courte de l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (Audit), développé et recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), destiné à l'identification précoce des consommateurs d'alcool à risque.

L'Audit-C comprend trois questions qui font référence à l'année écoulée

1) *Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?*

jamais une fois/ mois 2 à 4 fois/ mois 2 à 3 fois/ semaine 4 fois/ semaine ou plus

2) *Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?*

un ou deux trois ou quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

3) *Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?*

jamais moins de 1 fois/ mois une fois/ mois une fois/ semaine ou presque chaque jour

L'Irdes a proposé en 2005 une méthode de construction de profils d'alcoolisation, en référence aux recommandations de l'OMS, à partir de cet instrument. Cette méthode est désormais utilisée en France dans les études en population générale [14].

Cette méthode permet de déterminer les consommateurs prenant **un risque d'alcoolisation excessive**, c'est-à-dire ceux qui satisfont à l'une ou l'autre des deux conditions suivantes : soit boire 15 verres ou plus par semaine pour les femmes et 22 verres ou plus pour les hommes, soit boire 6 verres ou plus en une occasion plus ou moins fréquemment.

- Ce risque est un "**risque chronique**" (y compris alcoolo-dépendance) si les personnes déclarent boire un nombre de verres qui dépasse les recommandations (15 verres ou plus par semaine pour une femme et 22 verres ou plus pour un homme) ET/OU boire 6 verres ou plus au cours d'une même occasion une fois par semaine ou plus souvent.

- Le risque d'alcoolisation excessive est un "**risque ponctuel**" si les personnes déclarent boire un nombre de verres inférieur aux recommandations ET consommer six verres ou plus au cours d'une même occasion mais pas plus d'une fois par mois.

Mais elle ne peut être appliquée directement dans la quatrième vague du Panel en médecine générale, dans la mesure où les conditions de passation de certaines questions n'ont pas été respectées avec exactitude. Les deuxième et troisième questions du test Audit-C n'ont en effet pas été posées aux médecins ayant déclaré boire des boissons alcoolisées une fois par mois ou moins souvent.

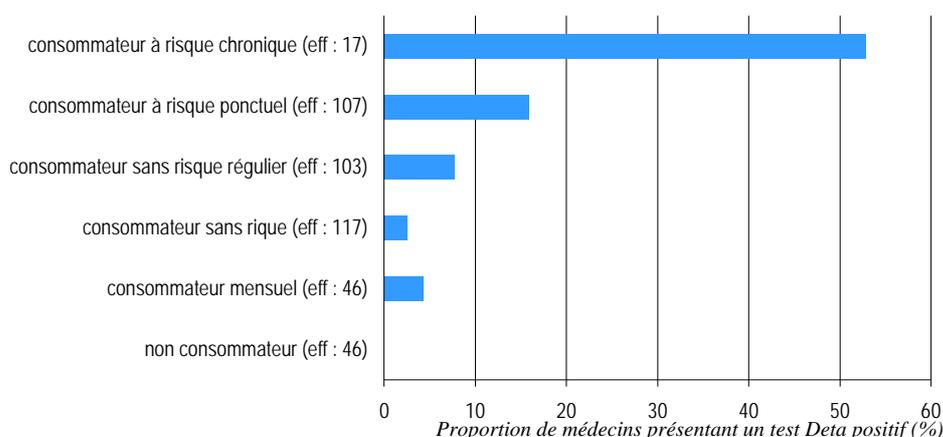
Pour palier à cette difficulté, les catégories de consommateurs présentées dans cette étude ont fait l'objet d'une construction spécifique, qui respecte le plus fidèlement possible la méthode préconisée par l'Irdes, et qui consiste à introduire une catégorie supplémentaire, "les consommateurs mensuels", pour lesquels il n'est pas possible de déterminer si la consommation est *sans risque* ou à *risque ponctuel*.

Limite : l'interprétation des données sur la consommation déclarée d'alcool doit tenir compte de certaines difficultés de mesure : la réprobation sociale dont fait l'objet l'usage de l'alcool, le manque d'information ou la banalisation de certains produits, peuvent conduire certaines personnes à sous-estimer certaines personnes, à sous-estimer plus ou moins consciemment leur consommation, voire à adopter un comportement de déni.

Perception des conséquences d'une consommation excessive d'alcool

- Le test Deta apporte un regard complémentaire, à travers la perception des médecins de leur consommation et de ses conséquences (encadré E.III-7). Selon leurs réponses aux quatre questions qui le composent, 9 % des généralistes des Pays de la Loire présentent une positivité au test Deta, c'est-à-dire un risque élevé de problème passé ou présent avec l'alcool.
- Cette proportion est plus forte pour les médecins qui, selon le test Audit-C, ont actuellement une consommation présentant un risque pour la santé, que ce risque soit chronique (53 %) ou ponctuel (16 %) (Fig.III-13).

Fig.III-13 - Positivité au test Deta selon le profil de consommation d'alcool
(identifiée par le test Audit-C adapté⁽¹⁾)



Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Il s'agit d'une adaptation de la définition proposée par l'Irdes (encadré E.III-6).

E.III-7 Test Deta

Le test Deta (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), est la version française du questionnaire Cage (*Cut off, Annoyed, Guilty, Eye Opener*). Validé dans de nombreuses études, il montre de bonnes capacités à repérer les consommateurs d'alcool excessifs ayant un usage régulier et les alcoolo-dépendants.

Il est constitué des quatre questions suivantes basées sur la prise de conscience de l'avis des autres, sur le comportement du sujet et sur ses sentiments vis-à-vis de l'alcool, et qui portent sur la vie entière.

- Avez-vous déjà ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?

- Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?

- Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez Trop ?

- Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Lorsque les personnes répondent positivement à au moins deux de ces questions, les auteurs du test Deta considèrent qu'elles ont un risque élevé de problème passé ou présent avec l'alcool [14].

Des habitudes en matière d'usage de tabac et d'alcool proches de celles de leurs confrères des autres régions

Pour chacun de ces indicateurs relatifs au tabagisme et à la consommation d'alcool, les comportements des généralistes des Pays de la Loire ne sont pas statistiquement différents de ceux observés dans les autres régions ayant participé au Panel.

Des habitudes plus favorables que celles des cadres supérieurs pour le tabac...

- L'enquête *Handicap santé* 2008 constitue la source d'information la mieux adaptée pour comparer la prévalence du tabagisme des médecins généralistes avec celle de l'ensemble de la population active, les questions posées étant identiques. Par ailleurs, dans un domaine où les comportements évoluent rapidement, elle présente l'avantage d'avoir été réalisée la même année que la vague 4 du Panel.
- La comparaison des résultats du Panel avec ceux de ces deux enquêtes en population générale met en évidence une fréquence du tabagisme des médecins généralistes inférieure à celle des cadres supérieurs. Elle est également inférieure à celle de l'ensemble de la population active (Fig.III-14).

Fig.III-14 - Comparaison de la prévalence du tabagisme entre les médecins généralistes et l'ensemble de la population active

Proportion de personnes déclarant être...

| | Fumeur quotidien | Fumeur occasionnel | Ancien fumeur | N'a jamais fumé |
|--|------------------|--------------------|---------------|-----------------|
| Ensemble des médecins généralistes en activité | | | | |
| Panel en médecine générale - 2008 | | | | |
| Pays de la Loire | 12,5 % | 3,2 % | 34,6 % | 49,7 % |
| Ensemble des cinq régions | 13,8 % | 3,7 % | 33,7 % | 48,8 % |
| Ensemble des professions libérales et cadres supérieurs en activité (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | | | |
| Handicap santé 2008, France entière | 19,4 % | 3,7 % | 29,2 % | 47,7 % |
| Ensemble de la population active (% standardisés sur la structure par âge et sexe des généralistes) | | | | |
| Handicap santé 2008, France entière | 21,3 % | 3,4 % | 28,3 % | 47,0 % |

Sources : *Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; HSM 2008, Insee, Drees - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire*

... comme pour la consommation excessive d'alcool

- La situation relativement favorable des médecins généralistes en matière de tabagisme quotidien se retrouve pour la consommation excessive d'alcool. Les résultats des tests Audit-C et Deta obtenus par les médecins généralistes dans le Panel ont été comparés à ceux de l'ensemble de la population active à partir des données de l'enquête Baromètre santé 2005⁴⁶.

⁴⁶ Pour le test Audit-C, la comparaison des résultats du Panel avec ceux d'une autre enquête en population générale nécessite que, pour cette dernière, la méthode de construction des profils de consommation utilisée pour le Panel puisse être utilisée (encadré E.III-6). Le partenariat entre l'Inpes et l'ORS a permis de réaliser ce calcul sur les données du Baromètre santé 2005.

- Les consommations d'alcool présentant un risque pour la santé selon le test Audit-C apparaissent ainsi moins fréquentes pour les praticiens que pour les cadres supérieurs et pour l'ensemble de la population active. Les écarts sont surtout marqués pour la consommation présentant un risque chronique.
- La situation appréciée au moyen du test Deta est également plus favorable pour les médecins (Fig.III-15).

Fig.III-15 - Comparaison des résultats aux tests Audit-C⁽¹⁾ et Deta entre les médecins généralistes et l'ensemble de la population active

| | Médecins généralistes | | Cadres supérieurs actifs (% standardisées sur la structure par âge et sexe des généralistes) | Ensemble de la population active (% standardisées sur la structure par âge et sexe des généralistes) |
|--|-----------------------|-----------------------|---|---|
| | Panel 2008 | | | |
| | Pays de la Loire | Cinq régions du Panel | BS 2005 France métropole | BS 2005 France métropole |
| AUDIT | | | | |
| <i>Proportion de médecins ayant déclaré une consommation d'alcool...</i> | | | | |
| à risque | 28,2 | 28,8 | 40,4 | 39,1 |
| <i>ponctuel</i> | 24,3 | 24,0 | 28,6 | 26,2 |
| <i>chronique (2)</i> | 3,9 | 4,8 | 11,8 | 12,9 |
| sans risque | 50,2 | 47,4 | 36,8 | 35,0 |
| <i>mensuelle</i> | 10,5 | 12,4 | 13,4 | 14,6 |
| <i>non consommateurs</i> | 10,5 | 10,5 | 6,9 | 9,2 |
| <i>inclassable</i> | 0,6 | 0,9 | 2,5 | 2,0 |
| DETA | | | | |
| <i>Proportion de médecins présentant un test Deta positif</i> | | | | |
| | 9,1 | 8,9 | 16,1 | 12,8 |

Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; Baromètre santé 2005, Inpes - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Il s'agit d'une adaptation de la définition proposée par l'Irdes (encadré E.III-6)

⁽²⁾ Y compris alcoolo-dépendance

Tabagisme et consommation excessive d'alcool moins fréquents chez les femmes médecins...

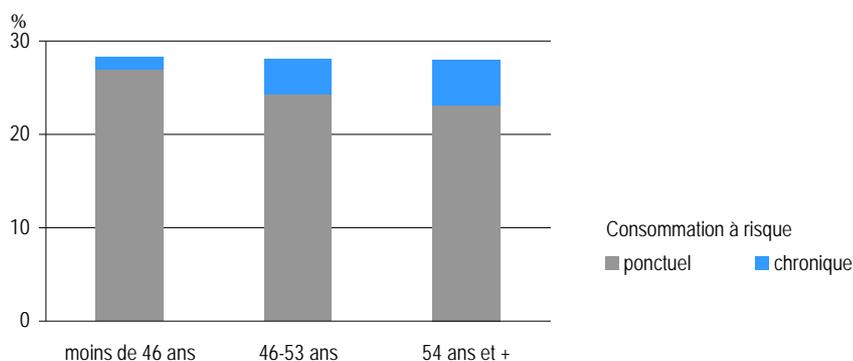
- L'analyse multivariée des résultats du Panel montre un tabagisme quotidien moins fréquent parmi les femmes médecins que parmi leurs confrères (8 % vs 14 %, à structure selon l'âge identique). Cette situation favorable se retrouve aussi en matière de tabagisme passé (22 % des femmes médecins sont d'anciens fumeurs réguliers vs 39 % des hommes). (Fig.III-11) (annexe III-4).
- En matière de consommation d'alcool, les différences entre les deux sexes sont encore plus marquées. La proportion de médecins avec une consommation d'alcool à risque (selon le test Audit-C adapté) est cinq fois moins élevée chez les femmes (7 % vs 36 %). Cette différence se retrouve pour le risque ponctuel comme pour le risque chronique (Fig.III-12). Les médecins généralistes femmes sont également moins souvent concernés par une positivité au test Deta (4 % vs 11 %). Ces différences entre les deux sexes restent significatives après ajustements sur les caractéristiques d'exercice (temps de travail, exercice en groupe...).

... mais pas de différence selon l'âge

- Concernant la fréquence du tabagisme quotidien, aucune variation significative n'est observée selon l'âge du praticien (annexe III-4).
- Le constat est analogue pour la consommation d'alcool à risque pour la santé (selon le test Audit-C adapté). Mais l'analyse détaillée montre que la fréquence de l'usage à risque chronique est plus élevée chez les plus de 46 ans (Fig.III-16). Enfin, aucune variation significative selon l'âge n'est observée pour la positivité au test Deta.

Fig.III-16 - Prévalence de la consommation à risque de boissons alcoolisées (identifiée par le test Audit-C adapté⁽¹⁾) selon l'âge et le type de risque (ponctuel ou chronique⁽²⁾)

Proportion de médecins ayant déclaré une consommation d'alcool à risque (à structure selon le sexe identique)



Sources : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 ; HSM 2008, Insee, Drees - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

⁽¹⁾ Il s'agit d'une adaptation de la définition proposée par l'Irdes (encadré E.III-6)

⁽²⁾ Y compris alcoolo-dépendance

Des conduites associées à un moins bon état de santé physique et mental

Tabagisme

- L'analyse multivariée montre qu'il existe un lien entre le tabagisme des généralistes et les troubles de la santé psychique. Les médecins qui présentent un état de détresse psychologique identifié par le MH5 sont ainsi deux fois plus souvent fumeurs quotidiens (20 % vs 12 %). Les praticiens qui déclarent le cumul d'au moins quatre symptômes en lien avec la santé psychique, survenus de façon répétée au cours des douze derniers mois (*fatigue, troubles du sommeil, brûlures d'estomac...*, indicateur présenté page 42), sont également deux fois plus souvent dans ce cas (21 % vs 11 %).
- Par contre, aucun lien n'est observé entre le tabagisme et les scores d'épuisement émotionnel et de déshumanisation de la relation aux patients, outils de mesure de l'épuisement professionnel utilisés dans cette étude (encadré E.II-4 page 28), ni avec l'état de santé physique déclaré.

- Après ajustement sur les caractéristiques démographiques et d'exercice, le tabagisme apparaît associé au nombre de semaines de vacances. Les praticiens qui prennent moins de quatre semaines de congés dans l'année sont ainsi un peu plus souvent concernés par le tabagisme (15 % vs 12 %).

En revanche, aucun lien significatif n'est mis en évidence entre le tabagisme et la durée hebdomadaire de travail ni avec les autres caractéristiques d'exercice (seul ou en groupe, urbain/rural...).

Consommation excessive d'alcool

- L'analyse multivariée montre l'existence de certains liens entre consommation excessive d'alcool des généralistes et les indicateurs d'état de santé physique et psychique.

Les médecins qui souffrent d'un problème de santé chronique sont ainsi plus souvent concernés par une consommation d'alcool à risque (41 % vs 33 % pour les généralistes hommes, selon le test Audit-C-adapté)⁴⁷ ainsi que par une positivité au test Deta (15 % vs 9 %)⁴⁷.

Une positivité au test Deta est aussi plus fréquemment observée parmi les praticiens en état de détresse psychologique identifié par le MH5 (19 % vs 10 %⁴⁷) et parmi ceux qui déclarent le cumul de certains symptômes (15 % vs 10 %⁴⁷).

- Concernant la santé au travail, les praticiens qui présentent un score élevé de déshumanisation de la relation aux patients sont plus souvent des consommateurs d'alcool à risque (41 % vs 34 %⁴⁷), mais aucune association n'est observée pour l'indicateur d'épuisement émotionnel.

- L'enquête met également en évidence des associations significatives entre la consommation excessive d'alcool et certaines caractéristiques d'exercice. Ainsi, la consommation d'alcool à risque est plus souvent observée parmi les médecins exerçant en groupe. Elle est également plus fréquemment retrouvée parmi les praticiens qui travaillent moins de 45 heures, ainsi que parmi ceux à qui *il est arrivé d'interrompre leur travail pendant une demi-journée* au cours du mois précédant l'enquête, *en dehors des demi-journées où ils ne travaillent pas habituellement*.

⁴⁷ Ces résultats et ceux présentés dans les régressions relatives aux indicateurs alcool (consommation excessive d'alcool selon le test Audit-C adapté ; positivité au test Deta) concernent les médecins généralistes hommes

Bibliographie

- [1] J. Bonte, C. Jagger, J.M. Robine. (2003). Vers un système européen d'enquêtes sur la santé. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 42. pp. 33-35.
- [2] J.M. Robine, I. Romieu. (2003). Euro-Rêves : un ensemble cohérent d'indicateurs de santé. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 42. pp. 39-41.
- [3] Caisse autonome de retraite des médecins de France. Espérance de vie des médecins à partir de 50 ans. Année 2005. [page internet]
<http://www.carmf.fr/Chiffrescles/Stats>
- [4] Insee. Estimations de population et statistiques de l'état civil. Espérance de vie à divers âges. [page internet]
<http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATTEF02240.xls>
- [5] V. Kovess-Masféty. (2003). Les indicateurs de santé mentale. *Actualité et dossier en santé publique*. HCSP. n° 42. pp. 53-57.
- [6] ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2008). La détresse psychologique chez les jeunes de 15-24 ans en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Résultats de l'enquête décennale santé. *Repère Santé*. n° 15. 4 p.
- [7] A.S. Chocard, B. Gohier, E. Juan *et al.* (2003). Le suicide des médecins. *Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. vol. 7, n° 65. pp. 23-29.
- [8] M.R. Petersen, C.A. Burnett. (2008). The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occupational medicine*. vol. 58, n° 2. pp. 25-29.
- [9] E.S. Schernhammer, G.A. Colditz. (2004). Suicide rates among physicians : a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *The American journal of psychiatry*. vol. 161, n° 12. pp. 2295-2302.
- [10] Y. Léopold. (2003). Les chiffres du suicide chez les médecins. Conseil de l'Ordre des médecins. 4 p.
- [11] Y. Léopold. (2010). Le suicide dans la population médicale. In *Suicides et tentatives de suicide*, sous la direction de P. Courtet. Ed. Flammarion Médecine-Sciences. pp. 227-233.
- [12] C. Julia, B. Salanave, K. Binars *et al.* (2010). Biais de déclaration du poids et de la taille chez les adultes en France : effets sur l'estimation des prévalences du surpoids et de l'obésité. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 8. pp. 69-72.
- [13] Inserm. (2006). Obésité. Bilan et évaluation des programmes de prévention et de prise en charge. Les éditions Inserm. 217 p. (Expertise collective)
- [14] L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, F. Jusot *et al.* (2005). Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 97. 8 p.

Pour en savoir plus

P. de Col, C. Baron, C. Guillaumin *et al.* (2010). Le tabagisme des médecins généralistes a-t-il une influence sur l'abandon du tabac en consultation en 2008 ? Enquête auprès de 322 médecins généralistes du Maine-et-Loire. *Revue des maladies respiratoires*. vol. 27, n° 5. pp. 431-440.

Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime, Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Eure. (2008). Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie. 14 p.

P. Bovier, M. Bouvier Gallacchi, C. Goehring *et al.* (2004). Santé des médecins de premier recours en Suisse : résultats de la première enquête nationale. *Primary care*. vol. 4, n° 47. pp. 641-947.

H. Bourdessol, A. Gautier, J.F. Collin. (2005). Médecins généralistes et pharmaciens d'officine : quels sont leurs comportements personnels de santé ? In *Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003*. Ed. Inpes. pp. 44-61.

L. Josseran, G. Brucker. (2002). Tabagisme : les médecins français fument autant que leurs patients ! *La Revue du praticien - Médecine générale*. t. 16, n° 566. pp. 349-351.

B. Antoine, A. Vincent-Genot. (1987). La mortalité des médecins. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*. n° 4. pp. 349-399.

M. Poly-Laborde. (2009). La santé des femmes généralistes en Franche Comté en 2008. Université de Besançon. 129 p. (thèse de médecine générale).

M. Coppel. (2007). La santé du médecin libéral marnais : enquête descriptive auprès des médecins libéraux de la Marne. Université de Reims. 123 p. (thèse de médecine générale).

CHAPITRE IV- RECOURS AUX SOINS ET DEPISTAGE

Les comportements des médecins généralistes pour eux-mêmes, en matière de recours aux soins et d'adhésion aux différents dispositifs de dépistage apportent un éclairage complémentaire sur la santé des praticiens.

Mais ces éléments sont intéressants à prendre en considération dans la mesure où ces représentations et pratiques personnelles peuvent influencer les pratiques professionnelles des praticiens.

IV-1 Soins de premier recours

Soins de premier recours : les généralistes se tournent principalement vers eux-mêmes

- Les médecins généralistes comme l'ensemble des assurés sociaux peuvent désormais choisir et déclarer à leur caisse de Sécurité sociale un médecin traitant.

74 % des généralistes déclarent *avoir retourné le formulaire médecin traitant à leur caisse de Sécurité Sociale*.

Cette situation est proche de celle observée dans les autres régions qui participent au Panel.

Par ailleurs, la proportion de médecins ayant rempli ce formulaire est assez proche de celle observée en 2006 pour l'ensemble des assurés sociaux [1].

- La majorité des médecins se sont désignés comme leur propre médecin traitant : 62 % des praticiens ont donc retourné le formulaire en se désignant eux-mêmes et 13 % ont fait le choix d'un confrère.

Ce résultat n'est pas spécifique aux Pays de la Loire et se retrouve dans les quatre autres régions du Panel.

- Cette situation permet d'émettre l'hypothèse qu'en matière de soins de premier recours, les médecins généralistes se tournent principalement vers eux-mêmes. Cette hypothèse est confortée par leurs comportements de prescriptions de médicaments psychotropes⁴⁸. La majorité des praticiens qui ont eu recours à ces médicaments dans l'année déclarent les avoir pris *de leur propre chef* (92 % pour la classe thérapeutique des anxiolytiques ou hypnotiques ; 56 % pour celle des antidépresseurs).

⁴⁸ Les médicaments de cette classe thérapeutique ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale.

Pas de variation observée entre les hommes et les femmes, ni selon l'âge du praticien

- L'analyse multivariée des résultats du Panel ne met en évidence aucune différence significative entre les généralistes hommes et leurs confrères concernant la désignation d'un confrère comme médecin traitant⁴⁹.
- Il n'apparaît pas non plus de variation significative avec l'âge du praticien (annexe IV-1).

Désigner un confrère comme médecin traitant semble associé au fait de disposer d'un certain espace temps

- L'analyse multivariée des résultats du Panel montre que la désignation d'un confrère comme médecin traitant est significativement corrélée à certaines caractéristiques d'exercice.
 - Les praticiens qui exercent en groupe ont plus fréquemment fait ce choix (16 % vs 6 %).
 - Même si l'écart est de moindre importance, une plus grande fréquence est retrouvée pour les praticiens qui prennent plus de quatre semaines de congés (13 % vs 8 %).Ces constats permettent d'émettre l'hypothèse que le fait d'avoir désigné un confrère comme médecin traitant est en partie lié à l'"espace temps" personnel dont disposent ou que s'accordent les médecins⁵⁰.
- Ces résultats peuvent d'ailleurs être rapprochés du fait que les médecins qui présentent un score moyen ou bas d'épuisement émotionnel au travail sont également plus nombreux dans ce cas (14 % vs 10 %).
- En revanche, aucune association statistiquement significative n'est observée en ce qui concerne l'état de santé déclaré. Aucun lien n'est retrouvé non plus avec les indicateurs de souffrance psychique.
- Par contre, l'analyse multivariée montre que les praticiens présentant une positivité au test Deta ont plus souvent désigné un confrère comme médecin traitant (27 % vs 11 %).

⁴⁹ Un tri croisé de la variable "avoir choisi un médecin traitant autre que lui-même" selon le sexe montre une fréquence plus élevée chez les femmes que chez les hommes (20 % vs 11 %). Mais cette différence entre les deux sexes n'est plus statistiquement significative, après ajustement sur les variables décrivant les conditions d'exercice (exercice en groupe ; nombre d'actes ; nombre de semaines de vacances...), l'âge et la commune d'exercice. Ce résultat est constaté dans les Pays de la Loire comme dans l'ensemble des cinq régions qui participent au Panel.

⁵⁰ Concernant l'exercice seul ou en groupe, on peut en effet supposer que pour les médecins qui exercent seuls, avoir un médecin traitant impacte plus l'organisation de leur journée de travail et leur demande donc relativement plus de temps qu'à leurs confrères en groupe.

IV-2 Dépistage

Dépistage des cancers féminins : la majorité des femmes médecins respectent les recommandations pour elles-mêmes...

- 80 % des femmes médecins généralistes des Pays de la Loire déclarent *avoir réalisé pour elles-mêmes, au cours des trois dernières années, un frottis de dépistage*, et 20 % disent ne pas l'avoir fait.
- 88 % des femmes médecins généralistes de 50-59 ans déclarent *avoir réalisé pour elles-mêmes au cours des deux dernières années une mammographie de dépistage*. Parmi les femmes qui répondent négativement (12 %), certaines font l'objet d'un suivi médical spécifique sur cette pathologie et ne sont donc a fortiori pas concernées.
Entre 40 et 49 ans, 60 % des femmes généralistes déclarent avoir pratiqué cet examen au cours des deux dernières années.
- 31 % des médecins généralistes ligériens âgés de 50 ans ou plus disent *avoir réalisé pour eux-mêmes, au cours des deux dernières années, une recherche de sang occulte dans les selles*⁵¹.

E.IV-1 Les tests de dépistage des cancers

Cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus, repose sur la réalisation d'un frottis cervico-utérin tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. Cet examen de dépistage repose sur une démarche spontanée, individuelle [2,3].

Cancer du sein

Le dépistage du cancer du sein repose sur un examen clinique des seins et une mammographie. Il est proposé tous les deux ans à toutes les femmes ayant entre 50 et 74 ans, dans le cadre des programmes de dépistage organisé, généralisés à l'ensemble des départements depuis 2004.

Les femmes ont également la possibilité de pratiquer cet examen de façon "spontanée" en dehors des programmes organisés. C'est notamment le cas de celles ayant entre 40 et 49 ans, pour lesquelles des débats existent quant à la balance bénéfice-risque du dépistage.

Cancer du côlon-rectum

Le cancer du côlon-rectum fait comme le cancer du sein l'objet de programmes de dépistage organisé, mais son organisation est plus récente. Les personnes de 50-74 ans sont ainsi invitées tous les deux ans à consulter leur médecin traitant chargé de leur remettre à leur cabinet le test de dépistage (test basé sur la recherche de sang occulte dans les selles). Dans les Pays de la Loire, la généralisation du programme à l'ensemble des départements date de septembre 2007 [4].

⁵¹ Il est difficile de porter un jugement sur le niveau de cet indicateur. En effet, en raison de la montée en charge progressive de la mise en place du dispositif sur l'ensemble de la région, seule une partie des médecins généralistes ont reçu à la date de l'enquête (octobre-novembre 2008) le formulaire de prise en charge nécessaire pour pouvoir adresser et faire analyser le test de dépistage par le laboratoire spécialisé.

... une situation équivalente à celle des autres régions

- Les comportements des femmes généralistes des Pays de la Loire ne se distinguent pas de ceux de leurs homologues des autres régions en ce qui concerne la fréquence de réalisation et le respect des délais préconisés pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Une situation analogue est retrouvée pour le dépistage du cancer du sein après 50 ans.
- Concernant la fréquence de réalisation de test de dépistage du cancer du côlon, la situation ligérienne ne peut être comparée à celle observée dans les quatre autres régions, où les programmes de dépistage organisés ont été implantés plus précocement⁵².

... et qui comporte quelques spécificités par rapport à celle de la population générale

L'enquête *Handicap et santé 2008* permet de comparer les résultats du Panel avec ceux de l'ensemble de la population active⁵³.

- Cette analyse montre que les femmes médecins généralistes sont un peu moins nombreuses que les cadres supérieurs à respecter les recommandations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus (80 % vs 86 % à structure par âge identique). La comparaison avec l'ensemble de la population féminine active ne montre pas de différence significative.
- Concernant le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50-59 ans, les femmes médecins déclarent dans une proportion équivalente à celle des cadres supérieurs avoir réalisé une mammographie dans les deux ans (88 % vs 89 %). Cette proportion est un peu plus faible pour l'ensemble de la population active féminine (83 %).

⁵² Dans chacune des quatre autres régions du Panel, l'expérimentation du programme de dépistage organisé a été implantée entre décembre 2002 et janvier 2005 dans plusieurs de leurs départements représentant au total plus de 60 % de la population régionale, alors qu'à l'inverse dans les Pays de la Loire, seul le département de la Mayenne (qui représente 9 % de la population ligérienne), a bénéficié d'une telle expérimentation.

⁵³ Dans l'enquête *Handicap et santé 2008*, les questions relatives aux tests de dépistage sont en effet identiques à celles posées dans le Panel. Par ailleurs, ces deux enquêtes ont été réalisées la même année.

En raison de la faiblesse des effectifs concernés dans les Pays de la Loire, l'analyse de la significativité des écarts avec les résultats de l'enquête en population générale n'a été réalisée que sur l'ensemble des cinq régions qui participent au Panel et pas avec les résultats régionaux.

Un dépistage du cancer du col moins suivi par les praticiennes les plus âgées

Les analyses multivariées des résultats du Panel relatives aux dépistages des cancers ont été réalisées sur les données de l'ensemble des cinq régions, en raison de la faiblesse des effectifs concernés dans l'échantillon des Pays de la Loire (annexe IV-2).

- L'analyse de ces résultats montre tout d'abord que la proportion de femmes médecins généralistes déclarant avoir réalisé un frottis cervico-utérin dans les délais préconisés diminue avec l'âge (83 % avant 52 ans, 68 % après 53 ans). Cette baisse selon l'âge est retrouvée pour l'ensemble des femmes actives mais pas pour celles qui exercent une profession de cadre supérieur.
- Par ailleurs, la fréquence de réalisation du test de dépistage du cancer du côlon-rectum est équivalente chez les hommes et chez les femmes.

Un recours personnel au dépistage associé à la place accordée par le praticien à l'actualisation des connaissances médicales

Les analyses multivariées montrent l'existence de liens entre le respect des recommandations pour les actes de dépistage et la place accordée à l'actualisation des connaissances médicales.

- Les femmes qui participent tous les mois aux sessions de FMC ont plus souvent réalisé un frottis dans le délai préconisé (86 % vs 76 %).
- Les femmes qui adhèrent à un réseau de soins ont également plus souvent réalisé un frottis dans les trois ans (87 % vs 76 %) et une mammographie dans les deux ans (92 % vs 80 % pour la tranche d'âge concernée de 50 à 59 ans).
- Par ailleurs, les résultats du Panel mettent en évidence que les femmes médecins exerçant en commune rurale déclarent un peu plus souvent respecter les recommandations relatives au dépistage du cancer du sein que leurs consœurs (91 % vs 83 % pour les femmes de 50-59 ans pour l'ensemble des cinq régions).

Bibliographie

- [1] P. Dourgnon, S. Guillaume, M. Naiditch *et al.* (2007). Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé*. Irdes. n° 124. 4 p.
- [2] Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française. (1990). Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, Lille 5-6-7-8 septembre 1990. Recommandations. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. vol.19, n° 1. pp.1-16.
- [3] Anaes. (2002). Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002. Recommandations. 21 p.
- [4] J. Viguié. (2009). L'organisation du dépistage du cancer colorectal en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 2-3. pp. 19-22.

ANNEXES

Tableaux de présentation des résultats des régressions logistiques

| | |
|---|------------|
| I.1 - Organisation de la semaine et de la journée de travail..... | A2 |
| I.2 - Type d'actes réalisés | A4 |
| II.1 - Perception des exigences du médecin généraliste | A6 |
| II.2 - Perception de l'autonomie dans le travail | A8 |
| II.3 - Perception du soutien reçu | A9 |
| II.4 - Vécu du travail | A10 |
| III.1 - Perception de l'état de santé | A14 |
| III.2 - Perception de la souffrance psychologique..... | A15 |
| III.3 - Surpoids et obésité | A16 |
| III.4 - Consommation excessive d'alcool et tabagisme | A17 |
| IV.1 - Recours aux soins | A18 |
| IV.2 - Dépistage | A19 |
| Eléments de méthodologie | A20 |

Annexe I.1 - Organisation de la semaine et de la journée de travail selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques du médecin, modalités d'exercice)

| | | début de l'activité avant 8h30 | | fin de l'activité après 20h30 | | moins de 8 demi-journées travaillées | |
|--|--------------------|-----------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|---|-----------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 47% | | 26% | | 32% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | 53% | Référence | - | Référence | 27% | Référence |
| | femme | 26% | 0,4 * | - | ns | 44% | 2,9 * |
| âge | moins de 46 ans | 29% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | 49% | 2,3 * | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | 54% | 2,9 * | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | - | Référence | 35% | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | 25% | 0,6 * |
| type de commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | mono/multipolarisé | - | ns | - | ns | - | ns |
| | urbain | - | ns | - | ns | - | ns |
| temps de parcours moyen entre domicile et cabinet | moins de 5 min | 56% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 5 à 15 min | 48% | ns | - | ns | - | ns |
| | plus de 15 min | 21% | 0,3 * | - | ns | - | ns |
| plus de 15 % de la patientèle compo- sés de personnes de 70 ans et plus | non | 43% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | oui | 53% | 1,2 * | - | ns | - | ns |
| garde en semaine ordinaire | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| activités auprès d'associations représentatives de médecin | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| activités médicales hors du cabinet | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| participation à des sessions de FMC | oui | - | Référence | 29% | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | 25% | 0,6 * | - | ns |
| engagé dans une démarche d'EPP ou compte le faire | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| adhérent d'un réseau de soin | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe I.1 (suite)

| | | travailler tous les samedis | | ne pas travailler le samedi | | avoir interrompu son activité une demi-journée le mois précédent | |
|---|--------------------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|--------------------|--|-----------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 55% | | 12% | | 27% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | 60% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | femme | 41% | 0,5 * | - | ns | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| cabinet de groupe | oui | 46% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | 70% | 2,7 * | - | ns | - | ns |
| type de commune d'exercice | rural | 60% | Référence | 9% | Référence | - | Référence |
| | mono/multipolarisé | 59% | ns | 8% | ns | - | ns |
| | urbain | 50% | 0,7 * | 16% | 1,5 * | - | ns |
| temps de parcours moyen entre domicile et cabinet | moins de 5 min | - | Référence | 8% | Référence | - | Référence |
| | 5 à 15 min | - | ns | 14% | 1,5 * | - | ns |
| | plus de 15 min | - | ns | 26% | 2,7 * | - | ns |
| plus de 15 % de la patientèle composée de personnes de 70 ans et plus | non | - | Référence | 16% | Référence | - | Référence |
| | oui | - | ns | 7% | 0,3 * ¹ | - | ns |
| garde en semaine ordinaire | oui | 62% | Référence | 8% | Référence | - | Référence |
| | non | 51% | 0,7 * | 15% | 1,9 * | - | ns |
| activités auprès d'associations représentatives de médecin | oui | 44% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | 57% | 1,6 * | - | ns | - | ns |
| activités médicales hors du cabinet | oui | - | Référence | 15% | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | 11% | 0,4 * ¹ | - | ns |
| participation à des sessions de FMC | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| engagé dans une démarche d'EPP ou compte le faire | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| adhérent d'un réseau de soin | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Rlap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe I.2 - Type d'actes réalisés selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques du médecin, modalités d'exercice)

| | | les consultations non programmées représentent 20% ou plus de l'activité de soins et de diagnostic | | moins de 5 conseils téléphoniques dans la journée | |
|---|--------------------|--|--------------------|---|--------------------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 23% | | 40% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | - | Référence |
| | femme | - | ns | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | 13% | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | 24% | 1,9 * | - | ns |
| | 54 ans et plus | 28% | 1,8 * | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | |
| cabinet de groupe | oui | 15% | Référence | 35% | Référence |
| | non | 37% | 2,8 * | 49% | 2,2 * |
| type de commune d'exercice | rural | - | Référence | 45% | Référence |
| | mono/multipolarisé | - | ns | 30% | 0,4 * ¹ |
| | urbain | - | ns | 41% | ns |
| temps de parcours moyen entre domicile et cabinet | moins de 5 min | 33% | Référence | 42% | Référence |
| | 5 à 15 min | 19% | ns | 38% | ns |
| | plus de 15 min | 6% | 0,2 * ¹ | 59% | 3,4 * ¹ |
| plus de 15 % de la patientèle composés de personnes de 70 ans et plus | non | - | Référence | - | Référence |
| | oui | - | ns | - | ns |
| garde en semaine ordinaire | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| activités auprès d'associations représentatives de médecin | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| activités médicales hors du cabinet | oui | - | Référence | 47% | Référence |
| | non | - | ns | 36% | 0,6 * |
| participation à des sessions de FMC | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| engagé dans une démarche d'EPP ou compte le faire | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| adhérent d'un réseau de soin | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe I.2 (suite)

| | | pas de visites réalisées dans la journée | | les visites représentent 10% ou plus de l'activité annuelle de soins et de diagnostic | |
|---|--------------------|--|--------------------|---|-----------|
| % brut | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| | | 22% | | 36% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | |
| sexe | homme | 17% | Référence | - | Référence |
| | femme | 37% | 1,5 * | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | 33% | Référence | 23% | Référence |
| | 46-53 ans | 27% | ns | 30% | ns |
| | 54 ans et plus | 12% | 0,4 * ¹ | 48% | 2,7 * |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| type de commune d'exercice | rural | 14% | Référence | - | Référence |
| | mono/multipolarisé | 22% | ns | - | ns |
| | urbain | 27% | 1,5 * | - | ns |
| temps de parcours moyen entre domicile et cabinet | moins de 5 min | - | Référence | - | Référence |
| | 5 à 15 min | - | ns | - | ns |
| | plus de 15 min | - | ns | - | ns |
| plus de 15 % de la patientèle composés de personnes de 70 ans et plus | non | 31% | Référence | 15% | Référence |
| | oui | 8% | 0,3 * | 74% | 16,4 * |
| garde en semaine ordinaire | oui | 16% | Référence | 44% | Référence |
| | non | 26% | 1,7 * | 31% | 0,4 * |
| activités auprès d'associations représentatives de médecin | oui | - | Référence | 32% | Référence |
| | non | - | ns | 37% | 1,8 * |
| activités médicales hors du cabinet | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| participation à des sessions de FMC | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| engagé dans une démarche d'EPP ou compte le faire | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| adhérent d'un réseau de soin | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe II.1 - Perception des exigences du médecin généraliste selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice)

| | | être confronté à des cas complexes (1) | | le travail exige une concentration intense (2) | | accumule du travail en retard (3) | |
|--|--------------------|---|-------------------|---|-------------------|--------------------------------------|-------------------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 70% | | 89% | | 39% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | femme | - | ns | - | ns | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | 62% | Référence | - | Référence | 47% | Référence |
| | 46-53 ans | 66% | ns | - | ns | 38% | 0,5 ^{*1} |
| | 54 ans et plus | 78% | 2,3 ^{*1} | - | ns | 34% | 0,4 [*] |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 49% | Référence | 77% | Référence | 29% | Référence |
| | 46-64h | 72% | 2,0 [*] | 88% | 2,8 [*] | 38% | 1,6 [*] |
| | 65h et plus | 82% | 3,1 [*] | 98% | 17,5 [*] | 47% | 3,0 [*] |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois qui précède l'enquête | non | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | 91% | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | 84% | 0,4 ^{*1} | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence | 32% | Référence |
| | mono/multipolarisé | - | ns | - | ns | 42% | ns |
| | urbain | - | ns | - | ns | 41% | 1,8 ^{*1} |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence | 36% | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns | - | ns | 47% | 2,1 ^{*1} |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | 74% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | 68% | 0,5 ^{*1} | - | ns | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | 75% | Référence | - | Référence | 47% | Référence |
| | non | 69% | 0,8 [*] | - | ns | 36% | 0,6 ^{*1} |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Je suis confronté(e) à des cas complexes difficiles "beaucoup", "très fortement", "énormément"

(2) Mon travail exige de moi une concentration intense et continue "beaucoup", "très fortement", "énormément"

(3) J'accumule du travail en retard "beaucoup", "très fortement", "énormément"

Annexe II.1 (suite)

| | | agressivité de la part des patients (4) | |
|---|--------------------|--|-----------|
| | | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 12% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | |
| Facteurs démographiques | | | |
| sexe | homme | - | Référence |
| | femme | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 3% | Référence |
| | 46-64h | 10% | 4,3 * |
| | 65h et plus | 20% | 10,7 * |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 jour le mois qui précède l'enquête | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence |
| | mono/multipolarisé | - | ns |
| | urbain | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(4) Je rencontre de l'agressivité de la part des patients "beaucoup", "très fortement", "énormément"

Annexe II.2 - Perception de l'autonomie dans le travail selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice)

| | | confronté à des contradictions (1) | | compétences sous-utilisées (2) | |
|---|--------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 30% | | 36% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | - | Référence |
| | femme | - | ns | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 19% | Référence | 19% | Référence |
| | 46-64h | 31% | 1,4 * | 37% | 2,5 * |
| | 65h et plus | 37% | 1,7 * | 46% | 3,4 * |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | 47% | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | 28% | 0,5 * ¹ | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 | non | - | Référence | - | Référence |
| journée le mois qui précède l'enquête | oui | - | ns | - | ns |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence |
| | mono/multipolarisé | - | ns | - | ns |
| | urbain | - | ns | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Dans mon travail je dois faire des choses qui au fond sont contradictoires "beaucoup", "très fortement", "énormément"

(2) Ce que l'on exige de moi ne me permet pas d'utiliser toutes mes compétences "beaucoup", "très fortement", "énormément"

Annexe II.3 - Perception du soutien reçu selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice)

| | aide pratique (confrères) (1) | | soutien moral (confrères) (2) | | difficultés à concilier vie familiale et professionnelle (3) | |
|--|----------------------------------|---------------|----------------------------------|-----------|--|--------------------|
| | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | 61% | | 42% | | 46% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | |
| sexe | homme | - Référence | 40% | Référence | - | Référence |
| | femme | - ns | 48% | 1,4 * | - | ns |
| âge | < 46 ans | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46 - 53 ans | - ns | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | - Référence | - | Référence | 25% | Référence |
| | 46-64h | - ns | - | ns | 48% | 2,8 * |
| | 65h et plus | - ns | - | ns | 58% | 4,5 * |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - ns | - | ns | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 | non | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| journee le mois qui précède l'enquête cabinet de groupe | oui | - ns | - | ns | - | ns |
| | non | 69% Référence | 51% | Référence | - | Référence |
| commune d'exercice | non | 48% 0,5 * | 29% | 0,4 * | - | ns |
| | rural | - Référence | - | Référence | 56% | Référence |
| | mono/multipolarisé | - ns | - | ns | 49% | ns |
| proportion de visites dans l'activité | urbain | - ns | - | ns | 41% | 0,5 * ¹ |
| | moins de 12 % | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| avoir d'autres activités / gardes | 12 % et plus | - ns | - | ns | - | ns |
| | oui | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| sessions de FMC chaque mois | non | - ns | - | ns | - | ns |
| | oui | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| adhérer à un réseau de santé | non | - ns | - | ns | - | ns |
| | oui | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | non | - ns | - | ns | - | ns |
| | moins de 4 | - Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - ns | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Rlap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

(1) Pour avoir une aide pratique, je peux compter sur mes confrères "beaucoup", "très fortement", "énormément"

(2) Pour avoir un soutien moral, affectif, je peux compter sur mes confrères "beaucoup", "très fortement", "énormément"

(3) J'éprouve des difficultés à concilier ma vie familiale et mon travail de médecin "beaucoup", "très fortement", "énormément"

Annexe II.4 - Vécu du travail selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice et facteurs de stress)

| | | avoir l'impression de travailler trop dur (1) | | se sentir vidé nerveusement par son travail (2) | |
|--|-----------------|---|-----------|---|-----------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 55% | | 26% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | 24% | Référence |
| | femme | - | ns | 31% | 1,4 * |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 36% | Référence | 13% | Référence |
| | 46-64h | 55% | 2,4 * | 27% | 2,8 * |
| | 65h et plus | 68% | 4,3 * | 34% | 4,4 * |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois précédent l'enquête | non | 57% | Référence | - | Référence |
| cabinet de groupe | oui | 48% | 0,8 * | - | ns |
| | non | 56% | Référence | - | Référence |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence |
| | autres | - | ns | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence | 19% | Référence |
| | non | - | ns | 30% | 2,0 * |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | | | |
| Facteurs de risques (ou de protection) psychosociaux | | | | | |
| <i>Degré d'autonomie</i> | | | | | |
| compétences sous-utilisées (7) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| confronté à des contradictions (8) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| <i>Contrainte organisationnelle</i> | | | | | |
| accumule travail en retard (9) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| <i>Soutien des confrères</i> | | | | | |
| manque d'aide pratique apportée par les confrères (10) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| manque de soutien moral apporté par les confrères (11) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| <i>Manque de respect des patients</i> | | | | | |
| agressivité de la part des patients (12) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| manque de respect des patients (13) | non | | | | |
| | oui | | | | |
| <i>Qualité de la relation médecin/patients</i> | | | | | |
| relation déséquilibrée (14) | oui | | | | |
| | non | | | | |
| <i>Vie familiale</i> | | | | | |
| difficultés à concilier vie familiale et travail (15) | non | | | | |
| | oui | | | | |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe II.4 (suite)

| | | se sentir frustré par son travail (3) | | être totalement épuisé (4) | | score élevé d'épuisement émotionnel | |
|--|-----------------|---------------------------------------|-----------|----------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|
| % brut | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 16% | | 46% | | 30% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | 42% | Référence | - | Référence |
| | femme | - | ns | 54% | 2,0 * | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence | 31% | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns | 32% | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns | 27% | ≤ 0,7 * ¹ |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 9% | Référence | 28% | Référence | 16% | Référence |
| | 46-64h | 18% | ns | 49% | 3,4 * | 33% | ≥ 1,9 * ² |
| | 65h et plus | 17% | 1,3 * | 52% | 4,3 * | 34% | ≥ 1,5 * ³ |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | 29% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | 14% | 0,6 * | - | ns | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois précédent l'enquête | non | - | Référence | 50% | Référence | 34% | Référence |
| | oui | - | ns | 32% | 0,5 * ⁴ | 20% | 0,5 * ⁴ |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | autres | - | ns | - | ns | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | 45% | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | 48% | 1,1 * | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence | - | Référence | 28% | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | 32% | ≥ 1,3 * ⁵ |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence | 43% | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | 49% | 1,4 * | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs de risques (ou de protection) psychosociaux | | | | | | | |
| <i>Degré d'autonomie</i> | | | | | | | |
| compétences sous-utilisées (7) | non | | | | | 21% | Référence |
| | oui | | | | | 46% | 3,3 * |
| confronté à des contradictions (8) | non | | | | | 23% | Référence |
| | oui | | | | | 46% | 3,3 * |
| <i>Contrainte organisationnelle</i> | | | | | | | |
| accumule travail en retard (9) | non | | | | | 23% | Référence |
| | oui | | | | | 41% | 3,0 * |
| <i>Soutien des confrères</i> | | | | | | | |
| manque d'aide pratique apportée par les confrères (10) | non | | | | | 29% | Référence |
| | oui | | | | | 39% | 1,3 * |
| manque de soutien moral apporté par les confrères (11) | non | | | | | - | Référence |
| | oui | | | | | - | ns |
| <i>Manque de respect des patients</i> | | | | | | | |
| agressivité de la part des patients (12) | non | | | | | 24% | Référence |
| | oui | | | | | 73% | 12,8 * |
| manque de respect des patients (13) | non | | | | | 22% | Référence |
| | oui | | | | | 53% | 5,1 * |
| <i>Qualité de la relation médecin/patients</i> | | | | | | | |
| relation déséquilibrée (14) | oui | | | | | 35% | Référence |
| | non | | | | | 13% | 0,2 * |
| <i>Vie familiale</i> | | | | | | | |
| difficultés à concilier vie familiale et travail (15) | non | | | | | 14% | Référence |
| | oui | | | | | 49% | 6,0 * |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ après ajustement sur les variables accumule du travail en retard ou difficultés à concilier vie familiale et travail, l'écart n'est pas significatif au niveau de l'ensemble des 5 régions

² après ajustement sur les variables compétences sous-utilisées, agressivité de la part des patients ou difficultés à concilier vie familiale et travail, l'écart n'est pas significatif au niveau des Pays de la Loire, mais se retrouve significatif au niveau de l'ensemble des 5 régions

³ après ajustement sur les variables compétences sous-utilisées, confronté à des contradictions, accumule du travail en retard, agressivité de la part des patients, manque de respect des patients, relation déséquilibrée ou difficultés à concilier vie familiale et travail, l'écart n'est pas significatif au niveau des Pays de la Loire, mais se retrouve significatif au niveau de l'ensemble des 5 régions

⁴ après ajustement sur la variable agressivité de la part des patients, l'écart n'est pas significatif au niveau des Pays de la Loire, mais se retrouve significatif au niveau de l'ensemble des 5 régions

⁵ après ajustement sur les variables compétences sous-utilisées, accumule du travail en retard ou agressivité de la part des patients, l'écart n'est pas significatif au niveau de l'ensemble des 5 régions

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe II.4 (suite)

| | | avoir l'impression d'être devenu moins sensible envers les patients (5) | | avoir l'impression que certains patients les rendent responsables de leurs problèmes (6) | | score élevé de déshumanisation de la relation aux patients | |
|--|-----------------|---|-----------|--|--------------------|--|-----------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 17% | | 29% | | 28% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | - | Référence | 29% | Référence |
| | femme | - | ns | - | ns | 23% | ≤ 0,8 * |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | - | Référence | 11% | Référence | - | Référence |
| | 46-64h | - | ns | 33% | 3,6 * | - | ns |
| | 65h et plus | - | ns | 33% | 3,2 * ¹ | - | ns |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois précédent l'enquête | non | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | oui | - | ns | - | ns | - | ns |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | 37% | Référence | - | Référence |
| | autres | - | ns | 26% | 0,6 * | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence | 25% | Référence | 21% | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | 32% | 1,5 * | 33% | ≥ 1,8 * |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs de risques (ou de protection) psychosociaux | | | | | | | |
| <i>Degré d'autonomie</i> | | | | | | | |
| compétences sous-utilisées (7) | non | | | | | 23% | Référence |
| | oui | | | | | 38% | 2,0 * |
| confronté à des contradictions (8) | non | | | | | 23% | Référence |
| | oui | | | | | 41% | 2,1 * |
| <i>Contrainte organisationnelle</i> | | | | | | | |
| accumule travail en retard (9) | non | | | | | 23% | Référence |
| | oui | | | | | 35% | 1,9 * |
| <i>Soutien des confrères</i> | | | | | | | |
| manque d'aide pratique apportée par les confrères (10) | non | | | | | - | Référence |
| | oui | | | | | - | ns |
| manque de soutien moral apporté par les confrères (11) | non | | | | | - | Référence |
| | oui | | | | | - | ns |
| <i>Manque de respect des patients</i> | | | | | | | |
| agressivité de la part des patients (12) | non | | | | | 23% | Référence |
| | oui | | | | | 63% | 8,1 * |
| manque de respect des patients (13) | non | | | | | 21% | Référence |
| | oui | | | | | 50% | 4,6 * |
| <i>Qualité de la relation médecin/patients</i> | | | | | | | |
| relation déséquilibrée (14) | oui | | | | | 33% | Référence |
| | non | | | | | 8% | 0,1 * |
| <i>Vie familiale</i> | | | | | | | |
| difficultés à concilier vie familiale et travail (15) | non | | | | | 16% | Référence |
| | oui | | | | | 41% | 3,7 * |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe II.4 (suite)

Définitions

- (1) J'ai l'impression de travailler trop dur "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (2) Je me sens vidé(e) nerveusement par mon travail "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (3) Je me sens frustré(e) par mon travail "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (4) A la fin d'une journée de travail, je me sens totalement épuisé(e) "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (5) Je suis devenu(e) nettement moins sensible envers mes patients "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (6) J'ai l'impression que certains patients me rendent responsables de leurs problèmes "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (7) Ce que l'on exige de moi ne me permet pas d'utiliser toutes mes compétences "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (8) Dans mon travail je dois faire des choses qui au fond sont contradictoires "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (9) J'accumule du travail en retard "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (10) Pour avoir une aide pratique, je peux compter sur mes confrères "pas du tout ou très peu", "un peu"
- (11) Pour avoir un soutien moral, affectif, je peux compter sur mes confrères "pas du tout ou très peu", "un peu"
- (12) Je rencontre de l'agressivité de la part des patients "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (13) Certains patients me manquent de respect "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (14) J'ai l'impression d'investir la relation avec mes patients plus que je ne reçois de leur part "assez", "moyennement", "beaucoup", "très fortement", "énormément"
- (15) J'éprouve des difficultés à concilier ma vie familiale et mon travail de médecin "beaucoup", "très fortement", "énormément"

Annexe III.1 - Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice et vécu du travail)

| | | déclarer un état de santé altéré | | déclarer un problème de santé chronique | | déclarer une limitation fonctionnelle | |
|--|-----------------|----------------------------------|----------------------|---|--------------------|---------------------------------------|-----------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 21% | | 35% | | 11% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | femme | - | ns | - | ns | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | 14% | Référence | 25% | ref | 7% | Référence |
| | 46-53 ans | 20% | ns | 33% | ≥ 2,0 * | 11% | ≥ 2,0 * |
| | 54 ans et plus | 26% | ≥ 1,7 * | 42% | ≥ 2,1 * | 14% | ≥ 3,0 * |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 16% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-64h | 19% | ns | - | ns | - | ns |
| | 65h et plus | 27% | ≥ 1,4 * ¹ | - | ns | - | ns |
| nb semaines de vacances | inférieur à 4 | - | Référence | 60% | Référence | - | Référence |
| | supérieur à 4 | - | ns | 31% | 0,4 * ² | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois précédent l'enquête | oui | - | Référence | - | Référence | 13% | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | 10% | 0,6 * |
| cabinet de groupe | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | autres | - | ns | - | ns | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| consultations non programmées | < 60 % | - | Référence | - | Référence | 11% | Référence |
| | > 60 % | - | ns | - | ns | 21% | ≥ 1,3 * |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs caractérisant l'épuisement professionnel | | | | | | | |
| score élevé d'épuisement émotionnel (MBI) | non | 13% | Référence | 31% | Référence | 9% | Référence |
| | oui | 40% | 4,9 * | 42% | 1,6 * | 16% | 2,4 * |
| score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (MBI) | non | 19% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | oui | 25% | 1,4 * | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf pour la variable épuisement émotionnel

² cet écart n'est pas retrouvé pour l'ensemble des 5 régions ayant participé au panel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4 Urcam, données extraites du Rlap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe III.2 - Perception de la souffrance psychologique selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice, vécu du travail...)

| | | cumul d'au moins 4 symptômes | | état de détresse psychologique | | avoir pris des anxiolytiques ou hypnotiques | |
|--|-----------------|---------------------------------|------------------------|-----------------------------------|----------------------|--|----------------------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 17% | | 12% | | 20% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | 15% | Référence | 10% | Référence | - | Référence |
| | femme | 22% | ≥ 2,1 * ¹ | 17% | ≥ 2,4 * ¹ | - | ns |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 16% | Référence | 7% | Référence | - | Référence |
| | 46-64h | 14% | ns | 9% | ns | - | ns |
| | 65h et plus | 25% | ≥ 1,9 * ¹ | 21% | ≥ 4,4 * ⁴ | - | ns |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | 15% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 4 ou plus | 17% | ≥ 2,5 * ^{2,3} | - | ns | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois qui précède l'enquête | oui | - | Référence | 9% | Référence | 21% | Référence |
| cabinet de groupe | non | - | ns | 13% | ≥ 1,2 * ⁴ | 19% | ≤ 0,8 * ³ |
| | oui | 14% | Référence | - | Référence | 16% | Référence |
| commune d'exercice | non | 21% | ≥ 2,1 * ³ | - | ns | 27% | ≥ 2,1 * ³ |
| | rural | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| proportion de visites dans l'activité | autres | - | ns | - | ns | - | ns |
| | moins de 12 % | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| avoir d'autres activités / gardes | 12 % et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| sessions de FMC chaque mois | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| adhérer à un réseau de santé | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| | 4 et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs caractérisant l'épuisement professionnel | | | | | | | |
| score élevé d'épuisement émotionnel (MBI) | non | 10% | Référence | 5% | Référence | 16% | Référence |
| | oui | 33% | 6,3 * ¹ | 29% | 9,1 * ¹ | 28% | 2,0 * ¹ |
| score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (MBI) | non | 12% | Référence | 10% | Référence | 20% | Référence |
| | oui | 28% | 3,6 * ¹ | 16% | 2,4 * ¹ | 21% | 1,2 * ¹ |
| Facteurs caractérisant l'état de santé déclaré | | | | | | | |
| état de santé perçu comme altéré | non | 38% | Référence | 31% | Référence | 31% | Référence |
| | oui | 11% | 0,1 * ¹ | 7% | 0,1 * ¹ | 17% | 0,5 * ¹ |
| problème de santé chronique | non | 27% | Référence | 19% | Référence | 26% | Référence |
| | oui | 11% | 0,3 * ¹ | 8% | 0,5 * ¹ | 17% | 0,6 * ¹ |
| limitation fonctionnelle | non | 45% | Référence | 29% | Référence | 33% | Référence |
| | oui | 13% | 0,2 * ¹ | 10% | 0,2 * ¹ | 18% | 0,5 * ¹ |
| Facteurs caractérisant la souffrance psychique | | | | | | | |
| cumul d'au moins 4 symptômes | non | | | 6% | Référence | 16% | Référence |
| | oui | | | 41% | 15,7 * ¹ | 38% | 3,5 * ¹ |
| état de détresse psychologique (MH5) | non | 11% | | | | 18% | Référence |
| | oui | 59% | 16,3 * ¹ | | | 38% | 3,0 * ¹ |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ différence statistiquement significative pour les Pays de la Loire sauf lorsque le modèle est ajusté sur la variable détresse psychologique ;
différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf lorsque le modèle est ajusté sur les variables état de santé perçu et détresse
psychologique

² différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire sauf lorsque le modèle est ajusté sur le score de déshumanisation de la relation
aux patients

³ ns pour l'échantillon des 5 régions

⁴ différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf lorsque le modèle est ajusté sur la variable épuisement émotionnel

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe III.3 - Surpoids et obésité selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice et état de santé déclaré)

| | | déclarer une surcharge pondérale | |
|--|-----------------|-------------------------------------|----------------------|
| | | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 35% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | |
| Facteurs démographiques | | | |
| sexe <i>(% calculé à structure selon l'âge identique)</i> | homme | 39% | Référence |
| | femme | 20% | 0,5 * |
| âge <i>(% calculé à structure selon le sexe identique)</i> | moins de 46 ans | 24% | Référence |
| | 46-53 ans | 32% | ns |
| | 54 ans et plus | 42% | 1,6 * ¹ |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 21% | Référence |
| | 46-64h | 32% | ns |
| | 65h et plus | 49% | ≥ 2,5 * ² |
| nb semaines de vacances | inférieur à 4 | - | Référence |
| | supérieur à 4 | - | ns |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois précédent l'enquête | oui | - | Référence |
| cabinet de groupe | non | - | ns |
| | oui | - | Référence |
| commune d'exercice | rural | - | Référence |
| | autres | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12 % | - | Référence |
| | 12 % et plus | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | |
| Facteurs caractérisant l'épuisement professionnel | | | |
| score élevé d'épuisement émotionnel (MBI) | non | 33% | Référence |
| | oui | 38% | 1,3 * |
| score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (MBI) | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'état de santé déclaré | | | |
| état de santé perçu comme altéré | oui | 52% | Référence |
| | non | 30% | 0,5 * |
| problème de santé chronique | oui | 48% | Référence |
| | non | 27% | 0,6 * |
| limitation fonctionnelle | oui | 55% | Référence |
| | non | 32% | 0,4 * |
| Facteurs caractérisant la souffrance psychique | | | |
| cumul d'au moins 4 symptômes | non | 30% | Référence |
| | oui | 56% | 3,5 * |
| état de détresse psychologique (MH5) | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf pour la variable problème de santé chronique

² différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf pour la variable détresse psychologique

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe III.4 - Consommation excessive d'alcool et tabagisme selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice, vécu du travail...)

| | | consommation d'alcool à risque (Audit C adapté) chez les hommes | | déta positif chez les hommes | | tabagisme quotidien | |
|--|-----------------|---|----------------------|---------------------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| | | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 36% | | 11% | | 13% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | |
| sexe | homme | | | | | 14% | Référence |
| | femme | | | | | 8% | 0,4 * |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns | - | ns | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | 46% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 46-64h | 35% | ns | - | ns | - | ns |
| | 65h et plus | 32% | 0,6 * | - | ns | - | ns |
| nb semaines de vacances | moins de 4 | - | Référence | - | Référence | 15% | Référence |
| | 4 ou plus | - | ns | - | ns | 12% | 0,6 * |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois qui précède l'enquête | oui | 39% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | 35% | ≤ 0,8 * ² | - | ns | - | ns |
| cabinet de groupe | oui | 40% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | 30% | ≤ 0,6 * ³ | - | ns | - | ns |
| commune d'exercice | rural | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | autres | - | ns | - | ns | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12% | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | 12 % et + | - | ns | - | ns | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence | 7% | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | 13% | ≥ 2,0 | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | 33% | Référence | 17% | Référence | - | Référence |
| | 4 et plus | 37% | ≥ 1,1 * ⁴ | 8% | 0,3 * ¹ | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | | | | | |
| Facteurs caractérisant l'épuisement professionnel | | | | | | | |
| score élevé d'épuisement émotionnel (MBI) | non | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | oui | - | ns | - | ns | - | ns |
| score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (MBI) | non | 34% | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | oui | 41% | 1,5 * | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'état de santé déclaré | | | | | | | |
| état de santé perçu comme altéré | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| problème de santé chronique | oui | 41% | Référence | 15% | Référence | - | Référence |
| | non | 33% | 0,6 * | 9% | 0,6 * | - | ns |
| limitation fonctionnelle | oui | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | non | - | ns | - | ns | - | ns |
| Facteurs caractérisant la souffrance psychique | | | | | | | |
| cumul d'au moins 4 symptômes | non | - | Référence | 10% | Référence | 11% | Référence |
| | oui | - | ns | 15% | 2,0 * | 21% | 2,2 * ¹ |
| état de détresse psychologique (MH5) | non | - | Référence | 10% | Référence | 12% | Référence |
| | oui | - | ns | 19% | 2,7 * | 20% | 3,0 * |
| Facteurs caractérisant certains comportements de santé | | | | | | | |
| surpoids | non | - | Référence | - | Référence | - | Référence |
| | oui | - | ns | - | ns | - | ns |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ ns pour l'échantillon des 5 régions

² différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf lorsque le modèle est ajusté sur les variables épuisement émotionnel, état de santé perçu, problème de santé chronique, limitation fonctionnelle et surpoids

³ différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire sauf lorsque le modèle est ajusté sur les variables dépersonnalisation et limitation fonctionnelle ; différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf lorsque le modèle est ajusté sur les variables dépersonnalisation, symptômes physiques de stress et surpoids

⁴ différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf lorsque le modèle est ajusté sur les variables dépersonnalisation, problème de santé chronique et limitation fonctionnelle

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe IV.1 - Recours aux soins selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques, modalités d'exercice, vécu du travail...)

| | | avoir un médecin traitant autre que lui-même | |
|--|-----------------|---|----------------------|
| | | % brut | OR ajusté |
| % brut | | 13% | |
| Facteurs communs aux modèles de régression | | | |
| Facteurs démographiques | | | |
| sexe | homme | 11% | Référence |
| | femme | 16% | ≥ 1,5 * ¹ |
| âge | moins de 46 ans | - | Référence |
| | 46-53 ans | - | ns |
| | 54 ans et plus | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | - | Référence |
| | 46-64h | - | ns |
| | 65h et plus | - | ns |
| nb semaines de vacances | inférieur à 4 | 8% | Référence |
| | supérieur à 4 | 13% | ≥ 1,7 * |
| avoir interrompu son activité 1/2 journée le mois qui précède l'enquête | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| cabinet de groupe | oui | 16% | Référence |
| | non | 6% | 0,4 * |
| commune d'exercice | rural | - | Référence |
| | autres | - | ns |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12% | - | Référence |
| | 12 % et + | - | ns |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| adhérer à un réseau de santé | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | Référence |
| | 4 et plus | - | ns |
| Facteurs introduits séparément (un à un) dans les modèles de régression | | | |
| Facteurs caractérisant l'épuisement professionnel | | | |
| score élevé d'épuisement émotionnel (MBI) | non | 14% | Référence |
| | oui | 10% | 0,7 * |
| score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (MBI) | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| Facteurs caractérisant l'état de santé déclaré | | | |
| état de santé perçu comme altéré | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| problème de santé chronique | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| limitation fonctionnelle | oui | - | Référence |
| | non | - | ns |
| Facteurs caractérisant la souffrance psychique | | | |
| cumul d'au moins 4 symptômes | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| état de détresse psychologique (MH5) | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| Facteurs caractérisant certains comportements de santé | | | |
| surpoids | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| tabagisme | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| consommation d'alcool à risque Audit (Audit C adapté) | non | - | Référence |
| | oui | - | ns |
| positivité au test Dela | non | 11% | Référence |
| | oui | 27% | 3,4 * |

* différence statistiquement significative dans les Pays de la Loire (au seuil de 5 %)

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

¹ différence statistiquement significative pour les cinq régions sauf lorsque le modèle est ajusté sur les variables problème de santé chronique, limitation fonctionnelle, symptômes physiques de stress, état de détresse psychologique, surpoids, tabagisme et consommation d'alcool à risque Audit

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Annexe IV.2 - Dépistage selon certaines caractéristiques
(caractéristiques socio-démographiques et modalités d'exercice)

| | hommes et femmes de 50 ans ou plus ayant fait un test au gaiac | | | femmes ayant fait un frottis dans les trois ans | | | femmes de 50 ans ou plus ayant fait une mammographie dans les deux ans | | |
|---|---|------------------------|-----------|--|------------------------|-----------|---|------------------------|-----------|
| | Pays de la Loire | Ensemble des 5 régions | | Pays de la Loire | Ensemble des 5 régions | | Pays de la Loire | Ensemble des 5 régions | |
| % brut | % brut | % brut | OR ajusté | % brut | % brut | OR ajusté | % brut | % brut | OR ajusté |
| % brut | 31% | 43% | | 80% | 79% | | 89% | 85% | |
| Facteurs communs au modèle de régression | | | | | | | | | |
| Facteurs démographiques | | | | | | | | | |
| sexe | homme | - | - | Référence | | | | | |
| | femme | - | - | ns | | | | | |
| âge | moins de 46 ans | | | | 84% | 87% | Référence | | |
| | 46-53 ans | | | | 83% | 78% | 0,4 * | | |
| | 54 ans et plus | | | | 68% | 68% | 0,2 * | | |
| Facteurs caractérisant l'exercice | | | | | | | | | |
| temps de travail en semaine | 45h et moins | - | - | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | 46-64h | - | - | ns | - | - | ns | - | - |
| | 65h et plus | - | - | ns | - | - | ns | - | - |
| nb semaines de vacances | inférieur à 4 | 20% | 36% | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | supérieur à 4 | 33% | 46% | 1,8 * | - | - | ns | - | - |
| avoir interrompu son activité 1/2 jour le mois qui précède l'enquête | oui | - | - | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | non | - | - | ns | - | - | ns | - | - |
| cabinet de groupe | oui | - | - | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | non | - | - | ns | - | - | ns | - | - |
| commune d'exercice | rural | - | - | Référence | - | - | Référence | 100% | 91% |
| | autres | - | - | ns | - | - | ns | 84% | 83% |
| proportion de visites dans l'activité | moins de 12% | - | - | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | 12 % et + | - | - | ns | - | - | ns | - | - |
| avoir d'autres activités / gardes | oui | - | - | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | non | - | - | ns | - | - | ns | - | - |
| sessions de FMC chaque mois | oui | - | 48% | Référence | 88% | 86% | Référence | - | - |
| | non | - | 39% | 0,7 * | 75% | 76% | 0,4 * | - | - |
| adhérer à un réseau de santé | oui | 36% | 50% | Référence | 88% | 87% | Référence | 100% | 92% |
| | non | 29% | 40% | 0,7 * | 79% | 76% | 0,5 * | 84% | 80% |
| nb de visiteurs médicaux reçus par semaine | moins de 4 | - | 40% | Référence | - | - | Référence | - | - |
| | 4 et plus | - | 45% | 1,4 * | - | - | ns | - | - |

* différence statistiquement significative pour les cinq régions (au seuil de 5 %)

ns : non significatif

Source : Panel d'observation en médecine générale, Drees, URML, Fnors - Vague 4
Urcam, données extraites du Riap - Exploitation ORS, URML des Pays de la Loire

Eléments de méthodologie

Le panel

Ce dispositif de recueil de données a été mis en place en 2007 dans cinq régions (Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire, et Provence-Alpes-Côte d'Azur), à l'initiative du Ministère chargé de la santé (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Drees), des Unions régionales de médecins libéraux (URML) et de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors).

Le panel a pour objectif d'apporter des données sur le cadre d'activité, l'environnement professionnel, les rythmes de travail des médecins généralistes, sur leurs pratiques de prise en charge, leurs opinions vis-à-vis d'un certain nombre de dispositifs, et d'en identifier les principaux déterminants... Il comprend cinq vagues d'enquêtes, réalisées chaque semestre par téléphone.

Dans le but d'enrichir les analyses, les données extraites des Relevés individuels d'activité et de prescriptions (Riap) de l'Assurance maladie complètent les données d'enquête.

La quatrième vague d'enquête

La quatrième vague du panel s'est déroulée entre novembre 2008 et février 2009. Les médecins ont été interrogés sur leurs conditions de travail, la perception de leur état de santé, le vécu au travail. Quelques questions spécifiquement régionales concluaient le questionnaire. L'entretien téléphonique a duré 15 à 20 minutes.

Le questionnaire est disponible sur demande à l'ORS ou l'URML ou en téléchargement sur le site www.santepaysdelaloire.com

Construction et structure de l'échantillon

L'échantillon a été tiré au sort dans le répertoire Adeli des médecins géré par la Drees, après stratification selon le sexe, l'âge (moins de 45 ans, 45 à 52 ans, 53 ans et plus) et le type de la commune d'exercice (commune urbaine, multipolarisée, rurale). Les médecins qui ont un mode d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...) ou une activité spécifique (échographie, SOS médecins...) ont été exclus ainsi que les médecins ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à l'horizon de trois mois.

Effectifs de généralistes ayant participé à la vague 4 du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale

| Basse-Normandie | Bourgogne | Bretagne | Pays de la Loire | Paca | Ensemble |
|-----------------|-----------|----------|------------------|------|----------|
| 200 | 268 | 388 | 440 | 594 | 1 890 |

Les comparaisons avec l'ensemble de la population

Il est possible d'évaluer l'importance des problèmes de santé parmi les généralistes, en comparaison avec les fréquences observées en population générale. Ces comparaisons ont été réalisées à partir des résultats des enquêtes Baromètre santé 2005 de l'Inpes, l'enquête *Soins et protection sociale* (ESPS) 2008 de l'Irdes, et l'enquête *Handicap et santé* 2008 de la Drees. Elles concernent la population ayant une activité professionnelle.

Les résultats ont été standardisés sur la structure par âge et sexe de la population des médecins généralistes en exercice.

Limite : cet exercice est délicat dans la mesure où il peut exister entre les médecins généralistes et l'ensemble de la population, une certaine hétérogénéité de déclaration des différents problèmes de santé [1].

Facteurs de risque, Facteurs de protection

Lorsqu'on compare les valeurs d'un indicateur entre deux groupes de médecins généralistes (par exemple entre les médecins installés en zone rurale et ceux installés en zone urbaine), les différences observées peuvent résulter pour partie d'une répartition différente d'autres facteurs (par exemple le niveau d'activité, l'âge...). L'utilisation d'une régression logistique permet de tester la significativité statistique d'une différence, tout en éliminant d'éventuels effets de structure de certains facteurs (facteurs démographiques, facteurs caractérisant l'exercice...).

- Un certain nombre de ces facteurs sont **communs** à l'ensemble des indicateurs. Il s'agit :

- des facteurs démographiques (*sexe, âge*),
- des facteurs caractérisant l'exercice suivants : *cabinet de groupe, type de commune d'exercice, pratique des gardes et d'activités hors du cabinet, participation à des sessions de FMC, adhésion à un réseau de soin.*

- Des facteurs d'ajustement supplémentaires ont été pris en compte en sus, de façon spécifique pour chacun des indicateurs étudiés.

Au chapitre I, il s'agit des facteurs caractéristiques de l'exercice suivants : *temps de parcours entre domicile et cabinet, âge de la patientèle, participation à une démarche d'EPP.*

Au chapitre II, il s'agit :

- des facteurs caractérisant l'exercice suivants : *temps de travail hebdomadaire, nombre annuel d'actes, nombre de semaines de vacances, avoir interrompu son activité ½ journée dans le mois, part des visites dans l'activité annuelle, participation à une démarche d'EPP, nombre hebdomadaire de visiteurs médicaux reçus,*
- des facteurs de risque (ou de protection) psychosociaux suivants : *sous-utilisation des compétences, confrontation à des contradictions, accumulation de travail en retard, aide pratique et soutien moral apportés par les confrères, agressivité de la part des patients, manque de respect et demande excessive de la part des patients, relation déséquilibrée, difficultés à concilier vie familiale et travail.*

Aux chapitres III et IV, il s'agit des facteurs caractéristiques de l'exercice suivants : *temps de travail hebdomadaire, actes, vacances, avoir interrompu son activité ½ journée, cabinet de groupe, type de commune d'exercice, visites, consultations non programmées, pratique des gardes et d'activités hors du cabinet, participation à des sessions de FMC, adhésion à un réseau de soin, visiteurs médicaux.*

- Par ailleurs, aux chapitres 3 et 4, ont également été recherchés les « **effets propres** » de certains facteurs, en raison des corrélations qui existent entre chacun d'entre eux. Ces derniers ont été introduits un à un dans les modèles, en sus des facteurs précédemment cités. Les facteurs concernés sont ceux caractérisant

- l'épuisement professionnel : *score élevé d'épuisement émotionnel ; score élevé de déshumanisation de la relation aux patients (MBI),*
- l'état de santé déclaré : *état de santé perçu comme altéré, problème de santé chronique, limitation fonctionnelle (MMES)*
- la souffrance psychologique : *cumul d'au moins 4 symptômes, état de détresse psychologique (MH5)*

- certains comportements de santé : *surpoids, tabagisme, consommation d'alcool à risque (Audit-C, positivité au test Deta)*.

Une différence entre deux groupes de médecins dont les résultats de la régression logistique montrent qu'elle est statistiquement significative au niveau régional a été systématiquement mentionnée dans le tableau de présentation des résultats, et les valeurs de l'indicateur obtenues en analyse bivariée ont été indiquées.

Une différence entre deux groupes de médecins de même ampleur peut ne pas être statistiquement significative dans l'échantillon des Pays de la Loire, mais l'être dans l'échantillon regroupant l'ensemble des cinq régions, en raison de la taille cinq fois plus importante de ce dernier. Dans ce cas, on peut considérer que la différence observée dans l'échantillon global conforte celle observée au plan régional, et cette situation a été systématiquement mentionnée dans le tableau de présentation des résultats.

Une différence significative signifie qu'il existe une corrélation entre l'indicateur et le facteur étudié, mais ne peut être interprétée comme l'existence d'un lien de causalité.

Association avec l'âge

Dans le cadre de cette enquête, l'existence d'un effet âge ou à l'inverse la non-existence de ce dernier doit être interprétée avec prudence dans la mesure où les résultats concernent la population des médecins généralistes en exercice ce qui exclut donc de fait ceux qui ont choisi d'interrompre leur activité libérale ou de la réorienter, notamment en raison de leur état de santé. C'est ce que l'épidémiologie définit comme l'« effet du travailleur sain » (healthy worker effect).

Une association avec l'âge peut également traduire un « effet âge », c'est-à-dire une évolution au fil du vieillissement des individus. Enfin une association avec l'âge peut s'expliquer par un « effet génération », c'est-à-dire une différence durable selon la cohorte de naissance ou les deux.

Bibliographie

[1] M. Devaux, F. Jusot, C. Sermet, S. Tubeuf. Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, Drees, 2008, n° 1, pp. 29-47.