

Études et Résultats

N° 610 • novembre 2007

L'exercice de la médecine générale libérale Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises

Les médecins généralistes libéraux déclarent des durées de travail hebdomadaires comprises entre 55 et 59 heures, gardes et astreintes comprises, selon les régions du panel. Les activités en dehors du cabinet médical sont plus fréquentes dans les régions les plus rurales. Pour ceux qui exercent en groupe, pratique plus fréquente chez les jeunes médecins, cette durée moyenne est inférieure de deux à quatre heures. Au total, un praticien sur deux se déclare désireux de réduire sa durée de travail hebdomadaire, d'un volume de 12 heures environ.

Les recommandations de bonnes pratiques constituent le premier outil d'aide à la prescription et à la prise en charge des patients. L'utilisation de sites Internet comme source de connaissance est plus marginale dans la pratique des médecins, alors que le taux d'équipement informatique est élevé : 85 % des médecins disposent d'un ordinateur à leur cabinet. Globalement, trois médecins sur quatre déclarent être satisfaits de leur activité professionnelle. Cette satisfaction décroît notamment avec l'âge et la durée de travail, elle augmente avec le volume d'activité et l'exercice en secteur 2.

Marielle AULAGNIER, Yolande OBADIA, Alain PARAPONARIS (Inserm Unité 379), **Bérengère SALIBA-SERRE** (Inserm Unité 379), **Bruno VENTELOU** (Inserm Unité 379, Greqam-CNRS), **Pierre VERGER et les membres du comité de pilotage**
Observatoire régional de la santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS - PACA)

François GUILLAUMAT-TAILLIET

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité - Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports - Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

Participent au comité de pilotage du projet : pour la DREES : François Guillaumat-Tailliet, Evelyne Joubert, Lucile Olier ; pour les observatoires régionaux de la santé : Pascale Despres (Basse-Normandie), Bernadette Lémercy (Bourgogne), Alain Tréhony (Bretagne), François Tuffreau (Pays de la Loire), Yolande Obadia, Alain Paraponaris, Marielle Aulagnier (PACA) ; pour les unions régionales de médecins libéraux : Antoine Leveur (Basse-Normandie), Catherine Aubry, Carole Colin (Bourgogne), Benoît Feger (Bretagne), Thomas Hérault (Pays de la Loire), Marc-André Guerville et Jean Claude Regi (PACA).

Remerciements : les auteurs et les membres du comité de pilotage remercient tous les médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer au panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Les conditions d'exercice de la médecine ambulatoire ont considérablement changé au cours de la dernière décennie. L'évolution de la démographie médicale, les nouveaux besoins et attentes de la population, les réformes récentes dans le domaine de la santé publique et de l'assurance maladie ainsi que l'évolution de la démographie professionnelle ont eu un impact important sur l'offre généraliste de soins en ville. Afin de mieux connaître la manière dont les praticiens perçoivent eux-mêmes ces changements, près de 2 000 médecins généralistes libéraux exerçant dans cinq régions françaises (Bretagne, Bourgogne, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Provence - Alpes - Côte d'Azur) ont été enquêtés en mars-avril 2007. Cette interrogation constitue la première vague d'un panel d'observation de leur cadre d'activité, environnement professionnel, rythmes de travail et pratiques de prise en charge (encadré). Les régions retenues présentent une grande diversité en matière de peuplement, de répartition spatiale de la population et de densité médicale (tableau 1). La Basse-Normandie et la Bourgogne sont des régions faiblement peuplées, peu urbanisées, avec une densité en médecins généralistes libéraux inférieure de plus de 10 % à la moyenne nationale (111 médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2007). La Bretagne et les Pays de la Loire sont plus peuplées, plus urbanisées avec une densité de médecins généralistes libéraux plus proche de la moyenne nationale. Enfin, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA), la plus peuplée des cinq régions retenues, est très urbanisée, avec une densité en médecins généralistes libéraux supérieure de 20 % à la moyenne nationale.

Répartition et installation des médecins sur le territoire

En Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire, près de la moitié des médecins exerce en zone urbaine, un sur cinq en zone périurbaine et un tiers en zone rurale. La région PACA se différencie par une très forte concentration de médecins en zone urbaine (82 %). Cette répartition

des médecins selon les différents types de communes reflète la répartition des habitants dans ces régions [7].

Pour plus de la moitié des médecins, la première installation est proche du lieu d'études ou des attaches familiales. Un tiers de l'ensemble des médecins s'est vu proposer de reprendre l'activité d'un confrère. Dans l'ensemble, les praticiens ont peu modifié ce premier choix : le nombre moyen d'installations est de 1,3 par médecin avec des différences faibles entre régions. Selon les régions, de 16 % à 25 % des médecins ont déclaré avoir recherché un endroit où l'offre de médecins généralistes était insuffisante.

Le temps de déplacement entre le domicile et le cabinet diffère d'une région à l'autre : 7 minutes en Bourgogne, 8 minutes en Bretagne et en Basse-Normandie, 9 minutes dans les Pays de la Loire et 12 minutes en PACA. Le temps nécessaire pour aller du cabinet à l'hôpital le plus proche est de l'ordre de 12 minutes en Basse-Normandie, 14 minutes en Bretagne, Bourgogne et PACA, 16 minutes dans les Pays de la Loire.

L'organisation professionnelle des médecins généralistes libéraux : des disparités régionales importantes

Dans les cinq régions étudiées, plus de neuf médecins sur dix exercent en secteur 1, le secteur à tarif conventionné, ce qui correspond à la moyenne nationale. Le secteur 2, à honoraires libres, concerne en effet une partie de plus en plus faible de la population de médecins généralistes depuis la fermeture du secteur et le durcissement de ses conditions d'accès en 1990. Il existe toutefois des écarts significatifs entre les régions. En effet, en Bretagne, seuls 3 % des médecins n'exercent pas en secteur 1, cette part s'élève à 11 % en PACA.

L'activité en cabinet de groupe varie également selon les régions. Elle concerne plus d'un médecin sur deux en Basse-Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et PACA contre moins de 4 médecins sur 10 en Bourgogne (graphique 1). La pratique en cabinet de groupe est plus fréquente chez les jeunes médecins (de moins de 45 ans) [2], [3]. Il n'y pas de différence

selon le sexe, à l'exception de la région des Pays de la Loire dans laquelle la part des femmes exerçant en cabinet de groupe est supérieure à celle des hommes. Dans cette région, les médecins exerçant en groupe sont aussi plus nombreux dans les zones urbaines (72 %) que dans les zones rurales (56 %). L'exercice en groupe est un phénomène relativement récent qui explique l'effet de « génération ». Il permet la mutualisation des dépenses et des investissements ainsi que des économies d'organisation, au premier rang desquelles la disponibilité d'un secrétariat médical. La part des médecins disposant d'un secrétariat médical, qui varie de 48 % (PACA) à 73 % (Pays de la Loire) pour l'ensemble des généralistes, s'avère ainsi supérieure dans la sous-population des médecins exerçant en groupe (+15 et +27 points de pourcentage respectivement pour ces deux régions).

Les activités en dehors du cabinet médical : plus fréquentes en zone rurale

Les activités en dehors du cabinet médical varient significativement selon les régions. Ainsi, 14 % à 28 % des médecins ont déclaré des activités à l'hôpital (centre hospitalier ou hôpital local) et 38 % à 52 % ont déclaré suivre des personnes âgées en institution. La proportion de ceux qui participent à des gardes varie selon les régions de 45 % à 78 % (tableau 2). Les médecins de la région PACA se caractérisent par une faible activité extérieure. Les médecins exerçant en zone urbaine dans des régions à fortes densités médicales sont moins sollicités pour ces activités que les médecins exerçant dans des régions rurales où la densité médicale est plus faible. Inversement, les médecins de Basse-Normandie, région relativement rurale, participent plus souvent à la régulation des urgences et aux gardes.

Formation après la thèse et modes d'exercice particuliers

Parmi les médecins du panel, 31 % à 50 % ont déclaré avoir obtenu d'autres diplômes après leur thèse de médecine (capacité, diplôme d'université ou diplôme d'études spécialisées). 12 % à 19 % pratiquent un mode d'exercice

particulier (MEP) de manière occasionnelle (les médecins pratiquant un ou des MEP de façon exclusive ayant été exclus du panel). Ces caractéristiques sont plus fréquentes parmi les médecins exerçant en Bourgogne et en PACA (graphiques 2 et 3). La fréquence d'une pratique de MEP n'est pas affectée par le genre ou l'âge des médecins. L'homéopathie est le MEP

le plus fréquemment pratiqué par les médecins (38 %), suivi par la mésothérapie (27 %), l'acupuncture (21 %) et l'ostéopathie (18 %). La pratique non exclusive d'un MEP représente 22 % de l'activité libérale des médecins généralistes concernés en Basse-Normandie, 24 % en Bretagne, 29 % en Bourgogne, 30 % en Pays de la Loire et 31 % en PACA.

Les recommandations de bonnes pratiques : 1^{er} outil d'aide à la prescription et à la prise en charge des patients

Parmi tous les outils à leur disposition, les médecins utilisent le plus fréquemment les recommandations de bonnes pratiques et les dictionnaires de médicaments : environ 6 médecins sur 10 ont déclaré utiliser souvent à très souvent ces outils (57 % en Bourgogne, 60 % en PACA, 65 % en Bretagne, 65 % en Pays de la Loire, 66 % en Basse-Normandie). En revanche, l'utilisation des revues médicales varie sensiblement selon les régions : 50 % des médecins de Basse-Normandie utilisent fréquemment les revues dans leurs pratiques contre moins de 38 % des médecins de la région PACA. Ces derniers ont tendance à s'appuyer davantage sur les informations délivrées par les visiteurs médicaux. À cet égard, les médecins ont déclaré recevoir en moyenne 4,5 à 6 visiteurs médicaux par semaine selon les régions. Les hommes déclarent recevoir plus de visiteurs médicaux que les femmes, ainsi que les médecins les plus âgés par rapport aux plus jeunes. Les visites des délégués de l'assurance maladie, qui proposent aux médecins des conseils personnalisés et les informent des actions de l'assurance maladie, sont beaucoup moins fréquentes (1,6 à 2 visites par an). Les fréquences respectives de ces deux types de visite sont plus importantes chez les médecins exerçant en région PACA.

L'utilisation de sites Internet comme source de connaissances est plus marginale : moins d'un quart a déclaré utiliser souvent à très souvent les sites des autorités de santé (Basse-Normandie : 14 %, Bourgogne : 18 %, Pays de la Loire : 21 %, Bretagne : 22 %, PACA : 24 %) et moins de 6 % les sites des laboratoires pharmaceutiques (Pays de la Loire : 2 %, Bretagne : 3 %, Basse-Normandie et Bourgogne : 4 %, PACA : 6 %). Elle n'est pas particulièrement liée au taux d'équipement informatique (85 % des médecins au moins disposent d'un ordinateur au cabinet et au moins 95 % au cabinet ou au domicile) mais peut être reliée, dans certaines régions rurales notamment, à des problèmes d'accessibilité aux réseaux à haut débit.

■ TABLEAU 1

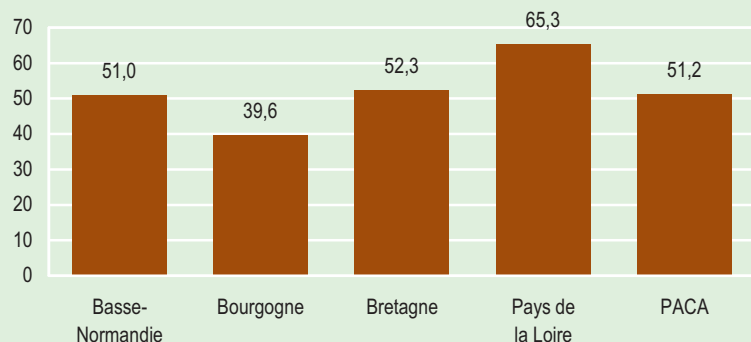
Caractéristiques des cinq régions

Région	Population au 1 ^{er} janvier 2007 (en milliers)	Population vivant en zone urbaine (en % de la population totale)	Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants)
Basse-Normandie	1 448	38	96
Bourgogne	1 623	41	101
Bretagne	3 080	43	107
Pays de la Loire	3 426	47	102
PACA	4 780	81	136

Sources • Insee - DREES [6].

■ GRAPHIQUE 1

Part des médecins exerçant en cabinet de groupe (%)



Moyenne France métropolitaine : 43,7 % (source : DREES [6])

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

■ TABLEAU 2

Part des médecins déclarant avoir des activités en dehors du cabinet (%)

Activités en dehors du cabinet	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA
Activités à l'hôpital (CH, CHU, hôpital local)	15,0	28,4	17,8	21,3	14,5
Activités dans des établissements pour personnes âgées	38,5	48,4	52,3	48,7	39,9
Médecin coordinateur (EHPAD, MRS)	6,0	12,4	5,0	9,3	7,5
Participation à des gardes	74,9	70,8	78,5	67,9	44,9
Participation à la régulation des urgences	17,5	17,3	11,3	14,7	11,3

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Les évolutions récentes de l'environnement législatif de l'exercice médical : un accueil prudent

Les médecins ont été interrogés sur l'ampleur des transformations engendrées dans leurs pratiques professionnelles notamment par les lois portant réforme de l'assurance maladie et de la santé publique des 9 et 11 août 2004 (tableau 3). Ils sont de l'ordre de 30 % à 40 % à penser que le dispositif du médecin traitant a vraiment modifié leurs pratiques. Par ailleurs, entre 40 % et 50 % des médecins prévoient que l'introduction du dossier médical personnel (DMP) aura un retentissement important dans leurs pratiques. Dans le même temps, 85 % des médecins au moins ont déclaré participer à des sessions de formation médicale continue (FMC). La participation à l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) reste plus faible (entre trois et quatre médecins sur dix), mais ceci s'explique par le fait qu'à la période de l'enquête, l'EPP était encore en phase de montée en charge, ne devant réellement obligatoire qu'une fois les instances d'EPP accréditées par la Haute autorité de santé (HAS). Le suivi de l'évolution dans le temps des opinions concernant ces différentes réformes est l'un des objectifs majeurs du panel.

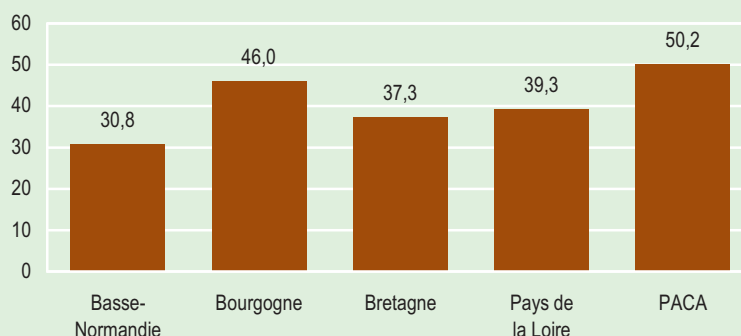
Durée du travail : impact des facteurs intrinsèques et extrinsèques

En 2007, les médecins du panel ont déclaré travailler en moyenne 55,4 heures en Bretagne et 59,6 heures en Bourgogne. Ces résultats, qui encadrent les moyennes régionales observées dans le panel, mesurent la durée hebdomadaire de travail, gardes et astreintes comprises. La différence entre régions existe aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les hommes déclarent une durée hebdomadaire moyenne plus importante que les femmes. Pour autant, ces durées ne diffèrent pas selon le secteur d'exercice et ne dépendent pas de l'exercice d'un MEP. En revanche, la durée de travail des médecins exerçant en cabinet de groupe est inférieure de 2 à 4 heures à celle des médecins exerçant seuls [5].

Les durées déclarées sont plus élevées pour les tranches d'âge supérieures, selon un profil usuellement

GRAPHIQUE 2

Part des médecins généralistes libéraux ayant acquis des diplômes complémentaires (%)

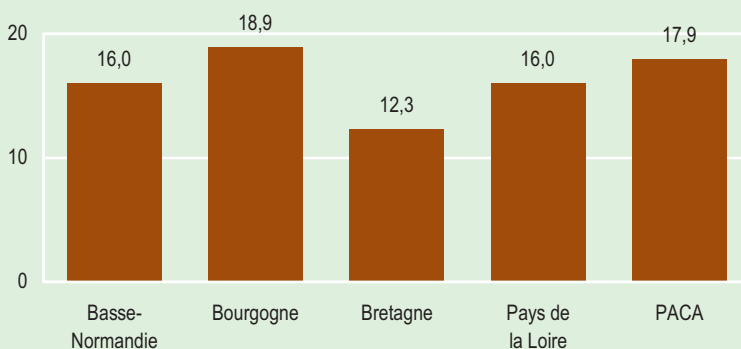


Moyenne France métropolitaine : 43,4 % (source : DREES [6])

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

GRAPHIQUE 3

Part des médecins généralistes libéraux déclarant la pratique (non exclusive) de MEP (%)



Moyenne France métropolitaine : 15 % (source : DREES [6])

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

TABLEAU 3

Opinion des médecins vis-à-vis des réformes récentes du système d'assurance maladie et participation à des formations (%)

	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA
Part des médecins pensant que le dispositif du médecin traitant a modifié leurs pratiques	35,4	30,8	27,9	33,4	39,7
Part des médecins pensant que le DMP puisse modifier leurs pratiques	39,7	44,7	38,0	41,7	50,0
Part des médecins déclarant participer à des FMC	85,9	88,0	89,3	91,3	87,7
Part des médecins déclarant participer à l'EPP	34,2	29,1	31,9	36,4	36,9

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Un panel de médecins généralistes libéraux dans cinq régions contrastées de France métropolitaine

En 2006, la DREES a sollicité la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) pour étudier la faisabilité de la construction d'un panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. La collecte a débuté officiellement en mars 2007 grâce au concours des observatoires régionaux de la santé (ORS) et des unions régionales de médecins libéraux (URML) et en partenariat avec les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de cinq régions : Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Pays de la Loire et Provence - Alpes - Côte d'Azur (PACA).

Ce panel a pour objectifs d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail des médecins d'une part, leurs pratiques de prise en charge d'autre part et d'en identifier les principaux déterminants. Les médecins seront interrogés pendant trois ans, selon une périodicité d'une enquête par semestre. Le dispositif alternera enquêtes longitudinales et enquêtes transversales. Les enquêtes longitudinales porteront sur l'activité des médecins généralistes, l'organisation de leur travail et les conditions d'exercice. Les enquêtes transversales porteront sur les attitudes et opinions des médecins dans la prise en charge de pathologies ou de populations particulières ou de thématiques spécifiques ainsi que sur leurs relations avec les autres professionnels de la santé.

Dans le but d'enrichir les analyses, des données extraites des relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP) ont complété les données d'enquête après information auprès des médecins participants. Ces décomptes d'activité envoyés par l'assurance maladie aux médecins permettent de documenter finement l'activité professionnelle (nombre d'actes et de consultations, prescriptions d'actes de soins infirmiers, de kinésithérapie, de biologie, montant total des prescriptions de pharmacie remboursable...) et les caractéristiques de la patientèle (répartition par âge, part de la patientèle en ALD, bénéficiaire de la CMU...) des médecins.

Le panel regroupe des médecins généralistes libéraux exerçant dans cinq régions présentant des caractéristiques contrastées en termes de populations de médecins, de densités médicales (sur-denses : PACA ; sous-denses : Basse-Normandie, moyennement denses : Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire) et de caractéristiques socio-démographiques (taille de la population, degré d'urbanisation, part de la population âgée,...), ceci afin de percevoir les éventuelles différences d'organisation et de modalités de la pratique liées à ces environnements distincts.

Construction de l'échantillon

La base de sondage a été obtenue à partir du répertoire ADELI qui recense l'ensemble des professions de santé réglementées par le code de la santé de la famille et de l'aide sociale.

Les médecins avec un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture, ostéopathie,...) ou une activité spécifique (échographie, radiologie, SOS médecins...) ont été exclus, ainsi que les médecins ayant des projets de mobilité ou de cessation d'activité à l'horizon de 3 mois. L'échantillon a été préalablement stratifié sur le sexe, l'âge (moins de 45 ans, 45 à 52 ans, 53 ans et plus) et le type de la commune d'exercice du médecin (commune urbaine, multipolarisée, rurale¹). Les échantillons dans chaque région sont de ce point de vue représentatifs de la population de médecins généralistes libéraux.

Au total, 4 592 médecins ont été sollicités par courrier puis par téléphone (entretiens réalisés à l'aide du système CATI : *Computer Assisted Telephone Interview*) pour aboutir à un échantillon de 1901 répondants. Les taux de sondage variaient de 1 médecin pour 11 en PACA à 1 pour 6 en Bourgogne.

La première vague d'enquête a eu lieu en mars-avril 2007. Les taux de participation (rapport entre le nombre de médecins éligibles ayant accepté de participer au panel et le nombre de médecins éligibles joignables) des médecins dans le panel ont varié selon les régions

de 51,3 % à 67,3 % (tableau 8). Les cinq régions s'avèrent homogènes du point de vue du sexe et de l'âge ; les différences sont en revanche significatives pour la distribution des médecins selon le type de la commune d'exercice.

Les caractéristiques (sexe, âge et type de commune d'exercice) des médecins ayant refusé de participer au panel ont été comparées à celles des participants dans chacune des régions. Aucune différence significative n'est apparue, à l'exception des régions Bretagne et Pays de la Loire pour lesquelles les médecins refusant de participer étaient légèrement plus âgés que les participants (la différence étant d'un an en moyenne).

Questionnaire

Le questionnaire comporte 49 questions renseignant :

- *l'environnement professionnel* (12 questions) : année d'obtention de la thèse de médecine, acquisition d'autres diplômes, nombre d'installations et leur motivation, temps de parcours domicile-cabinet et cabinet-hôpital, organisation du cabinet (regroupement avec d'autres confrères, disponibilité d'un secrétariat, utilisation de ressources informatiques) ;

- *les pratiques* (13 questions) : activités professionnelles en dehors du cabinet, ressources utilisées pour la prescription, fréquence de la réception des visiteurs médicaux et des délégués de l'assurance maladie, participation à la formation médicale continue et à l'évaluation des pratiques professionnelles, opinions vis-à-vis des réformes du médecin traitant et du dossier médical personnel, satisfaction tirée de l'activité professionnelle ;

- *les conditions de travail et la rémunération* (13 questions) : durée hebdomadaire de travail, disposition à travailler moins ou plus, secteur d'exercice, pratique de dépassements d'honoraires et réalisation d'actes gratuits, modification de l'organisation de la pratique et de l'activité (durée de travail, durée des consultations) face à des scénarii d'évolution des tarifs ;

- *les prescriptions* (5 questions) : comportements face au déremboursement de certaines spécialités, attitudes face au risque lié à la polymédication des personnes âgées, impact du remboursement de certaines spécialités sur la prescription ;

- *l'environnement familial du médecin* (6 questions) : statut matrimonial, personnes à charge et revenus.

Mesures de la durée de travail et de la satisfaction professionnelle

La durée de travail a été calculée par sommation des différents temps constitutifs du temps travaillé lors de la semaine précédente et, si la semaine précédente n'a pas été jugée représentative par le médecin, lors d'une semaine ordinaire. La durée totale de travail se décompose ainsi en temps libéral et en temps non libéral (vacations ou salaires perçus dans des établissements de santé), le temps libéral se divisant lui-même en temps passé au contact des patients et temps consacré à la gestion administrative du cabinet. Parmi les 1901 médecins du panel, 35 n'ont pas renseigné l'intégralité de ces informations.

Les médecins ont été également interrogés sur leur satisfaction à l'égard de leur activité professionnelle à travers la question suivante :

« Globalement, à propos de votre activité professionnelle, vous êtes ? Très satisfait(e)/Plutôt satisfait(e)/Peu satisfait(e)/Pas du tout satisfait(e) »

Les deux premières modalités ont été regroupées pour décrire les médecins satisfaits par leur activité professionnelle et les deux dernières pour décrire ceux qui ne le sont pas.

1. Il s'agit du zonage en aires urbaines (ZAU) établi par l'INSEE qui découpe le territoire en quatre types d'espace : les pôles urbains, les couronnes périurbaines, les communes multipolarisées - l'ensemble formant l'espace à dominante urbaine - et enfin le rural constitué de petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace urbain.

décrit d'une montée en charge de l'activité des médecins libéraux jusqu'à 55 heures et plus à partir de la première installation (tableau 5) [1], [5]. Ces statistiques obtenues à un instant donné du temps mêlent des effets d'âge et des effets de génération : il n'est pas certain que les jeunes générations de médecins, où les femmes sont davantage représentées, augmenteront leur durée de travail en vieillissant.

Les régions à densité médicale faible se caractérisent par une durée de travail plus longue (tableau 6). La durée de travail hebdomadaire est influencée par un certain nombre de caractéristiques autres que l'âge : le fait d'être un homme, l'absence de conjoint (+3,5 %) ou le fait que ce dernier ne soit pas actif occupé (+2,5 %) [4], le fait d'avoir au moins une autre activité de soins en dehors du cabinet (+3,7 %) et le lieu où le médecin exerce son activité (en zone rurale : +3,6 %, ou en zone mono ou multipolarisée : +3 %). Cette dernière variable peut, au même titre que la variable indicatrice de la région d'exercice, être considérée comme un marqueur de la densité médicale du lieu d'exercice du médecin¹. Une hausse de 1 point de pourcentage de la part des visites dans l'activité libérale des médecins contribue, toutes choses égales par ailleurs, à une hausse de 2,1 % du temps de travail déclaré. Enfin, une hausse de 1 % du nombre de visiteurs médicaux reçus s'associe à une hausse de 1,6 % du temps de travail.

Côté patients, l'importance de la patientèle de plus de 60 ans dans le total n'influence le temps travaillé que chez les femmes. Précisément, l'influence de l'âge de la patientèle n'est pas linéaire. C'est l'élévation de la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans et non celle des plus de 70 ans qui semble le plus jouer sur la durée du travail. Une élévation de 1 % de la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans s'accompagne, toutes choses égales par ailleurs, d'une augmentation du temps de travail de près de 2 %. Cette classe d'âge de la patientèle peut constituer une population dont l'état de santé requiert la prise en charge la plus délicate et, de ce fait, nécessiter qu'on lui consacre plus de temps, car c'est le moment du cycle de vie où

l'état de santé commence à se dégrader et où les traitements au long cours doivent être initiés. Cela n'est pas le cas des patients plus âgés, déjà insérés dans des suivis thérapeutiques ou déjà pris en charge par d'autres professionnels de santé (spécialistes, institutions, etc.). Enfin, une augmentation de la part des bénéficiaires d'indemnités journalières dans la patientèle totale contribue aussi à une hausse du temps travaillé, de l'ordre de 2,1 %.

L'analyse séparée montre que les médecins femmes de la région PACA ont une durée de travail inférieure à ceux de Bretagne. À l'inverse, les médecins femmes de Bourgogne, à caractéristiques équivalentes, tra-

vailent près de 10 % de plus. Par ailleurs, une femme médecin vivant seule a tendance à travailler plus qu'une femme médecin ayant un conjoint actif occupé ; chez les hommes, on constate que c'est le fait d'avoir un conjoint non actif occupé qui a un impact positif sur la durée du travail, toujours relativement au fait d'avoir un conjoint actif occupé. Près d'un médecin généraliste sur deux déclare souhaiter réduire sa durée de travail. Cette proportion est systématiquement plus élevée pour les hommes (autour de 53 %) que pour les femmes (entre 35 % et 48 %), dont le temps travaillé semble plus proche du temps désiré. Pour les médecins aspirant à

■ TABLEAU 4

Durée hebdomadaire moyenne de travail (en heures, y compris gardes et astreintes), selon le sexe

Région	Ensemble	Hommes	Femmes
Basse-Normandie	56,2 (11,7)	57,6 (11,8)	51,3 (9,8)
Bourgogne	59,6 (12,9)	61,1 (12,0)	55,8 (14,4)
Bretagne	55,4 (11,0)	57,3 (10,3)	49,7 (11,2)
Pays de la Loire	56,6 (14,0)	59,0 (13,8)	49,6 (12,2)
PACA	55,7 (14,7)	57,6 (14,4)	49,6 (13,9)

() Écart-type.

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

■ TABLEAU 5

Durée hebdomadaire moyenne de travail (en heures, y compris gardes et astreintes), selon l'âge

Région	moins de 45 ans	de 45 à 54 ans	55 ans ou plus
Basse-Normandie	49,4 (11,5)	56,9 (11,2)	58,5 (11,2)
Bourgogne	57,4 (13,7)	60,3 (12,7)	59,9 (12,7)
Bretagne	51,6 (11,9)	55,0 (9,8)	58,3 (11,1)
Pays de la Loire	52,8 (14,9)	56,9 (12,8)	58,7 (14,7)
PACA	53,3 (16,5)	56,6 (15,1)	55,8 (13,0)

() Écart-type.

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

1. Nous avons explicitement estimé l'impact de la densité médicale cantonale dans les régressions. L'effet obtenu traduit la même information que celle tirée de la variable indicatrice de la région et du type de zone d'exercice du médecin : moins la zone est dotée en médecins généralistes, plus ceux-ci sont amenés à travailler longuement.

une réduction de leur temps de travail, la réduction souhaitée est de 12 heures en moyenne en Bourgogne, Bretagne et Pays de la Loire, 13 heures en Basse-Normandie et 14 heures en PACA. Chez ces médecins désireux d'une baisse du temps travaillé, il n'y a pas de différence entre hommes et femmes dans l'ampleur de la réduction.

Pour toutes les régions sauf la Bourgogne, la part des médecins désireux de réduire leur durée de travail diffère en fonction de l'âge : les médecins les plus âgés, qui comparativement à leurs collègues plus jeunes déclarent des durées travaillées plus importantes, sont beaucoup plus enclins à réduire leur temps de travail

(tableau 7).

En Bretagne et dans les Pays de la Loire, les médecins exerçant en zone rurale sont aussi plus nombreux à désirer une baisse de la durée de leur travail que ceux qui travaillent dans des zones sous influence urbaine (58 % contre 48 % en Bretagne, 57 % contre 47 % dans les Pays de la Loire). La proportion de médecins désireux de réduire leur durée de travail augmente fortement avec la durée hebdomadaire déclarée : environ les deux tiers des médecins travaillant 65 heures par semaine ou plus se déclarent désireux de travailler moins. En revanche, il n'y a pas de différence selon le secteur d'activité ou l'organisation du cabinet (exer-

cice en cabinet de groupe *versus* seul).

Satisfaction professionnelle : un fort impact du secteur d'exercice

Les médecins ont été également interrogés sur la satisfaction qu'ils retireraient de leur exercice professionnel. La question telle qu'elle a été formulée (encadré) est assez générale et peut être interprétée de plusieurs manières : il peut s'agir de la satisfaction relative aux pratiques médicales, à la charge de travail, à l'environnement professionnel, au niveau de revenu procuré par l'activité... Une large majorité des médecins (75,8 %) se déclare satisfaite (plutôt satisfait à très satisfait) de son activité professionnelle. La satisfaction ne semble dépendre ni de la région ni du genre (sauf en PACA où les femmes ont tendance à se déclarer plus fréquemment satisfaites). En revanche, elle semble s'éroder avec l'âge jusqu'à 53 ans environ. Sans doute peut-on évoquer un effet de sélection pour les médecins les plus âgés : ceux qui vieillissent bien dans le métier y subsistent. Les médecins les plus âgés, qui ont commencé leur activité il y a plus de 30 ans, font aussi peut-être partie de générations plus motivées par l'exercice médical libéral.

Le secteur d'exercice a une contribution forte à la satisfaction des médecins du panel : exercer en secteur 1 plutôt qu'en secteur 2 diminue de moitié, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de se déclarer satisfait par sa pratique. La durée du travail hebdomadaire, lorsqu'elle est longue, entraîne quant à elle une insatisfaction, mais d'une façon relativement moins marquée pour les plus gros travailleurs : on peut penser qu'il y a là aussi un effet de sélection, les très longues durées de travail ne pouvant être totalement subies par les médecins.

Le nombre d'actes réalisés va de pair avec un sentiment de satisfaction. Un médecin effectuant plus de 120 actes par semaine a une opinion nettement plus favorable de son activité professionnelle qu'un médecin réalisant moins de 80 actes par semaine. Rapporté à l'impact négatif des heures travaillées sur la satisfaction, ce résultat pourrait créer l'effet d'un paradoxe. D'un côté, l'accumulation d'heures en exercice tend à réduire la propension

■ TABLEAU 6

Impact des caractéristiques démographiques et professionnelles des médecins généralistes du panel sur leur temps de travail

		Ensemble (n=1727)	Hommes (n=1300)	Femmes (n=427)
Sexe	Femme	Référence		
	Homme	10,60 %		
Âge	Moins de 40 ans	Référence	Référence	Référence
	De 40 à 49 ans	5,80 %	4,80 %	ns
	De 50 à 54 ans	7,50 %	4,90 %	12,30 %
	De 55 à 59 ans	5,40 %	ns	8,10 %
	60 ans et plus	ns	ns	ns
Activité du conjoint	Conjoint actif occupé	Référence	Référence	Référence
	Pas de conjoint	3,50 %	ns	6,70 %
	Conjoint autre qu'actif occupé	2,50 %	2,50 %	ns
Région	Bretagne	Référence	Référence	Référence
	Basse-Normandie	ns	ns	ns
	Bourgogne	7,90 %	7,30 %	9,80 %
	Pays de la Loire	4,00 %	4,40 %	ns
	PACA	ns	ns	-5,60 %
Lieu d'exercice	Urbain	Référence	Référence	Référence
	Rural	3,60 %	4,40 %	ns
	Mono-multipolarisé	3,00 %	ns	ns
Mode d'exercice	Individuel	Référence	Référence	Référence
	Cabinet de groupe	-3,70 %	-3,80 %	ns
Proximité d'une maison de garde	Non	Référence	Référence	Référence
	Oui	-1,90 %	ns	ns
Réalise des soins hors libéral	Non	Référence	Référence	Référence
	Oui	3,70 %	2,90 %	5,20 %
Réception de visiteurs médicaux	Pour une hausse de 1%	1,60 %	1,30 %	2,60 %
Part des plus de 60 ans dans la patientèle	Inférieure à 20 %	Référence	Référence	Référence
	Supérieure ou égale à 20 %	ns	ns	8,50 %
Part des bénéficiaires d'indemnités journalières dans la patientèle	Pour une hausse de 1 %	2,10 %	2,70 %	ns
	Pour une hausse de 1 %	4,00 %	4,40 %	3,20 %

Lecture • Les proportions en gras correspondent aux modalités significatives au seuil de 5 %, celles qui ne sont pas en gras correspondent aux modalités significatives entre 5 % et 10 % et l'abréviation « ns » désigne les modalités non significatives au seuil de 10 %. Pour faciliter la lecture, le coefficient traduit une variation de la durée du travail exprimée en pourcentage. La situation de référence est donnée par un médecin de moins de 40 ans, dont le conjoint est actif, exerçant seul en Bretagne en milieu urbain, sans maison médicale de garde à proximité, ne réalisant pas de soins en dehors de l'activité libérale et dont la part de la patientèle âgée de 60 ans ou plus est inférieure à 20 %. Pour l'ensemble, ce médecin est une femme. Ainsi, un homme médecin âgé de 40 à 49 ans déclare une durée hebdomadaire de travail, toutes choses égales par ailleurs, de 4,8 % supérieure à celle de la situation de référence.

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES - Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

des médecins à se déclarer satisfaits de leur activité, ce qui est cohérent avec le phénomène d'épuisement professionnel (« burn out »). Mais, d'un autre côté, dans la même enquête transversale, plus les médecins font des actes, plus leur propension à se déclarer satisfait augmente. Deux effets peuvent jouer. Une satisfaction d'ordre

« pécuniaire » serait d'abord, probablement, à associer au volume des actes, de par la constitution même du revenu professionnel en secteur libéral. Satisfaction financière et satisfaction dans la pratique iraient ainsi dans le même sens ; c'est ce que pourrait traduire le nombre d'actes comme motif de satisfaction. Mais les méde-

cins pourraient aussi exprimer, par le nombre d'actes, leur préférence pour une répartition de leur temps de travail, en faveur d'un travail purement médical, passé devant les patients, au détriment des autres tâches d'administration et de gestion, pourtant afférentes au métier de médecin généraliste, mais présentant peu d'intérêt à leurs yeux.

Avoir pu intégrer, ou créer, une association de professionnels de santé lors de la dernière installation influence positivement la satisfaction à l'encontre de la pratique. Ce résultat est vraisemblablement à rapprocher de l'exigence de permanence des soins : l'association avec d'autres professionnels permet de mieux la coordonner et de la rendre plus soutenable. Il peut aussi traduire la satisfaction que les médecins vont retirer d'un travail plus collectif, ou encore de la perspective d'économies d'échelle (meilleur amortissement de coûts fixes) et de gamme (intégration dans un lieu commun de services de médecine générale et de médecine spécialisée, de pharmacie, etc.).

Parmi les caractéristiques de la patientèle, une augmentation de la part des patients âgés de 60 à 69 ans tend à réduire la satisfaction des médecins tandis que l'augmentation de la part des patients âgés de 70 ans ou plus l'accroît. Comme évoqué plus haut à propos de la durée de travail, la tranche d'âge 60-69 ans est celle pour laquelle les attentes et les demandes des patients peuvent s'avérer être les plus lourdes et difficiles pour les médecins. En effet, la réalisation de nombreux actes diagnostiques, nécessaires au moment de l'induction des traitements des maladies chroniques, tend à constituer une prise en charge complexe. C'est peut-être aussi un âge où l'échec des traitements, tout en étant déjà relativement fréquent, reste néanmoins très peu accepté par le patient et le médecin. Ce dernier semblerait en tout cas trouver la charge émotionnelle liée à ce type de patientèle bien lourde à supporter.

■ TABLEAU 7

Proportion de praticiens désireux de réduire leur temps de travail, selon l'âge (%)

Région	moins de 45 ans	de 45 à 54 ans	55 ans ou plus
Basse-Normandie	26,5	50,0	55,1
Bourgogne	42,2	57,5	55,2
Bretagne	39,4	49,1	59,4
Pays de la Loire	41,8	49,8	55,9
PACA	34,8	57,8	45,3

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

■ TABLEAU 8

Taux de participation des médecins dans le panel

		Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA
Médecins contactés	Effectifs	465	664	1 048	1 210	1 205
dont : Inéligibles	Effectifs	52	48	119	159	116
	%	11,2	7,2	11,4	13,1	9,6
Injoignables	Effectifs	116	142	149	195	142
	%	24,9	21,4	14,2	16,1	11,8
Participants	Effectifs	200	250	400	450	601
	%	67,3	52,7	51,3	52,6	63,5

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

■ Pour en savoir plus

- [1] Audric S., 2006, « Analyse des carrières des médecins libéraux à partir de données de panels », Série Statistiques, *Document de travail*, n° 96, mai, DREES.
- [2] Audric S., 2004, « L'exercice en groupe des médecins libéraux », *Études et Résultats*, n° 314, juin, DREES.
- [3] Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J., 2007, « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons » (avec la collaboration de Bataillon R., Samzun J.-L., Rochaix L.), *Document de travail*, n° 5, août, IRDES.
- [4] Breuil-Genier P., Sicart D., 2005, « La situation professionnelle des conjoints de médecins », *Études et Résultats*, n° 430, septembre, DREES.
- [5] Niel X., Vilain A., 2001, « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques », *Études et Résultats*, n° 114, mai, DREES.
- [6] Sicart D., 2007, « Les médecins. Estimations au 1er janvier 2007 », Série Statistiques, *Document de travail*, n° 115, août-septembre, DREES.
- [7] Rican S., Simon M., Charraud A., Salem G., 1999, « Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines. Des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes », *Études et Résultats*, n° 9, mai, DREES.