

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE MAÏEUTIQUE
LYON SUD – CHARLES MERIEUX

Année 2017

N°

**LA QUALITÉ DE VIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
EXERÇANT EN AMBULATOIRE EST-T-ELLE
MEILLEURE CHEZ LES MÉDECINS SALARIÉS QUE
CHEZ LES MÉDECINS LIBÉRAUX
EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ?**

THÈSE

Présentée
A l'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **16 mai 2017**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Elsa LEMAIGNAN
Née le 1er décembre 1988, à MERU (60)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX
BURILLON Doyen : Carole

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)
VINCIGUERRA Directeur : Christine

UFR D'ODONTOLOGIE
BOURGEOIS Doyen : Denis

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR) Directeur : Xavier Perrot

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE
SCHOTT Directeur : Anne-Marie

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES
MARCHI Directeur : Fabien DE

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)
VANPOULLE Directeur : Yannick

POLYTECH LYON
PERRIN Directeur : Emmanuel

I.U.T. LYON 1 Directeur : Christophe

VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)
LEBOISNE

Directeur : Nicolas

OBSERVATOIRE DE LYON
DANIEL

Directeur : Isabelle

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
MOUGNIOTTE
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie

LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE	Anesthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction	
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie

THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
COURAUD Sébastien	Pneumologie
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERROT Xavier	Physiologie

PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe

Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline
COURY LUCAS Fabienne
DESESTRET Virginie
FRIGGERI Arnaud
LEGA Jean-Christophe
LOPEZ Jonathan
MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
NOSBAUM Audrey
VUILLEROT Carole

Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
Rhumatologie
Cytologie – Histologie
Anesthésiologie
Thérapeutique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie – Histologie
Cardiologie
Immunologie
Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

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

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUBOIS,

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
en Médecine Générale.**

UFR Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux.

Merci pour votre bienveillance et pour le réel intérêt que vous avez porté à ce travail.

Merci pour votre disponibilité et pour avoir été aussi conciliant pour les dates et rendez-vous malgré votre emploi du temps chargé.

Merci d'avoir accepté de présider ce jury, soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain BERGERET,

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (classe exceptionnelle)
en Médecine et Santé du Travail.**

UFR Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux.

Nous sommes très honorés de soumettre notre travail à votre jugement. Soyez assuré du profond respect et de la gratitude que nous vous portons.

A Monsieur le Professeur Christian DUPRAZ,

**Professeur Associé
en Médecine Générale.**

UFR Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux.

Vous avez accepté d'emblée et avec enthousiasme de juger notre travail, vous trouverez ici le témoignage de notre estime et de notre respect.

A Madame le Docteur Sofia PERROTIN,

**Chef de clinique au Département de Médecine Générale.
UFR Faculté de Médecine Lyon Est.**

Merci pour ta patience et tes précieux conseils qui ont permis à ce travail de voir le jour. Tu as su être présente et encourager l'autonomie dans la réalisation de cette thèse. Ton engagement au DMG et auprès des étudiants est admirable et apporte dynamisme et rigueur à l'enseignement de la Médecine Générale.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à cette étude, libéraux et salariés, hommes et femmes, jeunes et moins jeunes. Vous avez accordé le temps et l'attention nécessaire pour que ce travail puisse exister. Merci pour vos réactions et vos encouragements.

A l'URPS Médecins AuRA pour leur partenariat et leur soutien logistique dans la diffusion du questionnaire et leur patience pour assurer le suivi et le relai des questions suscitées chez les médecins interrogés.

Au GRCS AuRA et Mme CRUAUD pour tout le temps accordé, pour avoir répondu à mes questions avec patience et précision et pour avoir accepté de relayer le questionnaire auprès des centres de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

A ma famille,

Les parents, merci de tout ce que vous avez su nous transmettre de valeurs humanistes et solidaires, dans une ambiance familiale d'amour, de respect et de bonne humeur.

Maman, merci de m'avoir passé cette hérédité médicale, de l'avoir suivie et accompagnée et de continuer à le faire.

Mes frère et sœurs, vous êtes quand-même un peu des modèles pour moi. Que la vie nous gardent unis et soucieux les uns des autres. Marion merci d'avoir été cette grande sœur bienveillante avec qui j'ai partagé et découvert tant de choses.

A mon amour,

Massy, nous avons choisi de partager nos vies et cela fait mon bonheur. Merci en particulier pour ton soutien sans faille, ta confiance, ton aide et ta présence pendant l'élaboration de cette thèse, avec ses hauts et ses bas. Hamlaghk!

A tou(te)s mes ami(e)s,

A Camille, ma pote de toutes les premières fois, merci d'être à mes côtés depuis tout ce temps. Je ne doute pas que l'avenir nous réserve encore toute une vie d'amitié.

A mes co-externes, mais bien plus, Clairon, sis' que de bons moments de cette première bière jusqu'à ton deuxième garçon, Caro, guapa de voyage et de franchise la liberté te va si bien, et Ed', un concentré de dynamisme et d'amour que tu distribues sans compter. Vous tracez chacune votre chemin avec une détermination et une énergie admirable. C'est une fierté et un grand bonheur de vous avoir comme amies.

A toutes et tous les co-internes rencontré(e)s pendant ces 3 ans.

Mais surtout à cette équipe inimitable : Marco (mon grincheux au grand coeur), 'tounette (la plus belle et la plus good-mood du monde), Toto (j'ai juste envie de me frotter les mains quand je pense à toi), Elisou (...) vous êtes des choubidouamour et je tiens beaucoup à vous tous!

Et puis la bande s'est élargie avec Soph, Alice, Léa, Vio, Margeu et toute la clique, merci pour tous les bons moments partagés et pour ceux à venir.

Quand vous voulez à Barcelone!

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE MAÏEUTIQUE
LYON SUD – CHARLES MERIEUX

Année 2017

N°

**LA QUALITÉ DE VIE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
EXERÇANT EN AMBULATOIRE EST-T-ELLE
MEILLEURE CHEZ LES MÉDECINS SALARIÉS QUE
CHEZ LES MÉDECINS LIBÉRAUX
EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ?**

THÈSE

Présentée
A l'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **16 mai 2017**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Elsa LEMAIGNAN
Née le 1er décembre 1988, à MERU (60)

Table des matières

LISTE DES ACRONYMES:.....	19
PROLOGUE.....	20
I- Le secteur libéral: quand, comment, pourquoi?.....	20
I- 1- Définition.....	20
I- 2- Un peu d'histoire.....	21
II- Le salariat et les centres de santé: qui, quand, comment, pourquoi?.....	22
II- 1- Définitions.....	22
II- 2- Un peu d'histoire.....	22
=> l'hôpital.....	22
=> les centres de santé.....	23
II- 3- Grands principes et intérêts des centres de santé.....	25
II- 4- Densité et répartition.....	26
INTRODUCTION.....	27
MATERIEL ET METHODES.....	32
I- Type d'étude.....	32
II- Population.....	32
III- Questionnaire.....	33
III- 1- Élaboration du questionnaire.....	33
III- 2- Envoi du questionnaire.....	36
III- 3- Recueil des données.....	36
IV- Calculs statistiques.....	36
V- Recherche bibliographique.....	36
RESULTATS.....	37
I- Population.....	37
I- 1- Diagramme de flux.....	37
I- 2- Description des 2 populations.....	38
I- 3- Description de l'âge.....	38
II- Scores de qualité de vie.....	39
II- 1- Profil de Duke.....	39
II- 2- Score de Karasek.....	39
II- 2- a- Résultats avec les médianes calculées pour chacun des groupes.....	40
II- 2- b- Résultats avec les médianes calculées pour l'ensemble de la population étudiée.....	41

II- 2- c- Résultats avec les médianes de référence de la population française.....	41
II- 3- Échelle de Diener	44
II- 4- Échelle visuelle numérique.....	44
III- Résultats détaillés.....	45
III- 1- Profil de Duke.....	45
III- 2- Échelle de Diener.....	48
III- 3- Échelle Visuelle Numérique.....	48
III- 4- Impact du temps de travail sur la qualité de vie.....	49
IV- Résultats secondaires sur les MG travaillant seuls.....	50
IV- 1- Caractéristiques de la population	50
IV- 2- Qualité de vie ressentie.....	51
V- Commentaires libres.....	51
DISCUSSION.....	54
I- Validité interne.....	54
I- 1- Intérêts et biais.....	54
I- 2- Population étudiée.....	55
II- Statut libéral, statut salarié: une tendance à de meilleurs scores de qualité de vie pour les salariés.....	57
III- Le statut de médecin, une qualité de vie à part	65
IV- Temps de travail.....	69
V- Travail en groupe.....	71
VI- Le salariat, un modèle à généraliser?.....	72
CONCLUSIONS.....	73
BIBLIOGRAPHIE.....	77
ANNEXES.....	83
Annexe 1: Questionnaires.....	83
Annexe 2: Calcul des scores du questionnaire de Karasek et pondérations.....	89
Annexe 3: Commentaires libres.....	91
Annexe 4: EVN dans la population générale française.....	99

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Index des tableaux

Tableau 1: Description des populations.....	34
Tableau 2: Description des résultats pour le score de Duke.....	35
Tableau 3 : Définition des catégories professionnelles selon Karasek.....	36
Tableau 4 : Résultats du score de Karasek avec les médianes de chaque groupe.....	36
Tableau 5 : Résultats du score de Karasek avec les médianes de l'ensemble de la population de l'étude.....	37
Tableau 6 : Résultats du score de Karasek avec les médianes de référence de la population française.....	37
Tableau 7 : Résultats de l'échelle de Diener.....	40
Tableau 8 : Résultats de l'échelle visuelle numérique.....	40
Tableau 9 : Score de Duke en fonction du sexe.....	41
Tableau 10 : Score de Duke en fonction de l'âge.....	42
Tableau 10 : Score de Duke en fonction de l'âge.....	42
Tableau 11 : Échelle de Diener en fonction du sexe et de l'âge.....	43
Tableau 12 : EVN en fonction du sexe et de l'âge.....	43
Tableaux 13 et 13bis : Description de la population des médecins ne travaillant pas en groupe.....	45
Tableau 14 : Échelle de Diener et EVN pour les libéraux travaillant seuls et en groupe.....	46
Tableau 15 : Échelle de Diener et EVN pour les salariés et les libéraux travaillant seuls.....	46
Tableau 16 : Score de Duke avec les résultats de l'étude Guillemin (1997).....	60
Tableau 17 : Score de Karasek avec les résultats de l'étude SUMER.....	62

Index des graphiques

Graphique 1:

- Diagramme de flux.....34

Graphique 2 :

- Pyramides des âges de chaque population étudiée.....35

Graphique 3:

- Répartition des médecins salariés et libéraux en fonction des scores de latitude décisionnelle et de demande psychologique avec représentation des médianes du groupe étudié et de la population générale.....39

Graphiques 4 et 5:

- Répartition des médecins salariés et libéraux dans les situations professionnelles décrites en fonction des médianes de la population étudiée (graphique 4)
- et en fonction des médianes de la population générale (graphique 5).....40

Graphique 6:

- Échelle visuelle numérique.....41

Graphique 7:

- Échelle de Diener pour les salariés et les libéraux en fonction du temps de travail.....45

Graphique 8:

- Échelle Visuelle Numérique pour les salariés et les libéraux en fonction du temps de travail.
.....45

LISTE DES ACRONYMES:

ARS : Agence Régional de Santé

CNAM: Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé

GRCS AuRA : Groupement Régional des Centres de Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes

IDH : Indice de Développement Humain

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PAPS RAUV : Portail d'Aide aux Professionnels de Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes

PIB : Produit Intérieur Brut

RNOGCS : Regroupement National des Organisme Gestionnaire de Centres de Santé

URPS AuRA : Union Régionale des Professionnels de Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes

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

PROLOGUE

Avant de commencer ce travail de thèse à proprement parler, nous avons jugé intéressant de proposer quelques notions historiques sur l'évolution de la place des médecins généralistes en France et de leur mode de rémunération.

En effet nous allons étudier la qualité de vie des médecins généralistes en fonction de leur statut de médecin libéral ou salarié et certains des éléments suivants peuvent aider à mieux comprendre le statut actuel des médecins généralistes. De plus ce travail s'intéressant aux médecins généralistes exerçant en centre de santé, nous avons détaillé ici l'histoire, la définition et les caractéristiques actuelles des centre de santé.

Néanmoins notre travail peut s'aborder tout à fait indépendamment de cette partie.

I- Le secteur libéral: quand, comment, pourquoi?

I- 1- Définition

Selon le Larousse, le libéralisme est défini comme « une doctrine économique qui privilégie l'individu et sa liberté ainsi que le libre jeu des actions individuelles conduisant à l'intérêt général ». Un autre sens possible du libéralisme est « une doctrine politique visant à limiter les pouvoirs de l'État au regard des libertés individuelles ».(1)

Le terme serait né au début du XIXème siècle dans le contexte de lutte pour les libertés individuelles et sociales. Porteur initialement de valeurs humanistes de liberté et s'opposant à l'oppression sociale et à la monarchie, il évolue par la suite au fil du développement socio-économique des états et commence à représenter parfois l'individualisme puis avec le néo-libéralisme la recherche du profit. (2)

Le libéralisme dans le domaine de la médecine supposerait qu'il n'existe aucune action délibérée de l'un des acteurs du système – État, corps médical, organismes d'assurance, assurés – pour influencer le comportement de ses partenaires, en dehors des mécanismes de marché. (3)

I- 2- Un peu d'histoire

Historiquement, le statut du « médecin libéral » a connu bien des évolutions. Après la révolution française, les universités sont supprimées pour la médecine et il n'existe plus de diplôme nécessaire pour exercer en tant que médecin. Devant les difficultés engendrées en terme de santé publique, les diplômes sont rétablis au début du XIXème. Sont alors créés deux types de professionnels de santé principaux: *les médecins ou Docteurs* et les *officiers de santé*. Leurs formations diffèrent ainsi que leur prestige social et donc leur patientèle. Aux premiers la grande chirurgie, les cas graves et les soins des classes supérieures avec un revenu confortable, aux seconds la charge des populations rurales et pauvres.

Avec le temps, les officiers de santé sont concurrencés dans les campagnes par les religieuses et les guérisseurs et ils vont alors eux-même aller concurrencer les médecins sur le marché de la médecine urbaine. Pour homogénéiser les soins, c'est finalement l'État qui met fin à cette médecine à plusieurs vitesses et décide d'« un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur d'état ». C'est la loi CHAVANDIER de 1892 dont le principe est toujours en vigueur à l'heure actuelle.

Du point de vue financier, il a existé des modes de rémunérations mixtes : dans la première moitié du XIXème siècle les médecins peuvent percevoir un salaire versé par les collectivités locales pour pratiquer de la médecine communautaire, préventive et pour soigner les indigents avec l'autorisation en plus de pratiquer une activité libérale de consultations privées. En parallèle émerge une « assistance médicale pour tous » en 1893 gérée par l'État ainsi que le principe des caisses complémentaires pour les travailleurs. C'est à cette occasion que va commencer le grand combat des médecins libéraux pour conserver leur indépendance: la création de la reconnaissance des accidents de travail engendre la création de poste de médecin « attaché » à tel ou tel organisme d'assurance considéré alors « à la botte » de son employeur. La liberté de choix du médecin par l'assuré comme la liberté de prescription deviennent alors des combats revendiqués.

Un texte fondateur de la médecine libérale actuelle voit le jour en 1927 : *La charte de médecine libérale* qui entérine la liberté de choix du médecin par le malade, la liberté de prescription, le respect du secret professionnel, le contrôle des malades par les caisses (et des médecins par leur syndicat) et la liberté des tarifs, en paiement direct et par entente directe entre le malade et le médecin. Ce dernier principe disparaîtra à la fin de la seconde guerre mondiale par l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Par la suite les syndicats de médecins se développent et il y aura nombre de renégociations entre ces syndicats et les gouvernements successifs concernant les accords sur les honoraires.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) est créée en 1967. Les dialogues sociaux aboutissent en 1971 à la première convention nationale avec les tarifs opposables, la création d'une enveloppe globale pour les frais de santé ainsi que le rappel des principes déontologiques fondamentaux. Les évolutions progressives ont ensuite conduit à une organisation du système de santé tel que le nous connaissons actuellement, bien qu'encore en pleine mutation. (3) (4)

II- Le salariat et les centres de santé: qui, quand, comment, pourquoi?

II- 1- Définitions

Le salariat est « un mode de rémunération correspondant à la perception d'une somme d'argent en contrepartie d'un travail effectué par une personne, dans le cadre d'un contrat de travail ». (5)

Les centres de santé sont des lieux de soins de proximité regroupant des professionnels de santé médicaux, dentaires ou infirmiers salariés gérés par des organismes à but non lucratif et prodiguant des soins de premiers recours.

II- 2- Un peu d'histoire

=> l'hôpital

Le salariat en médecine est ancien et étroitement lié à la médecine hospitalière initialement.

La naissance des hôpitaux remonte environ au VIII^{ème} siècle où apparaissent des structures d'accueil qui seront les hospices du Moyen-Âge, placés sous l'autorité des évêques et accueillant les malades pauvres, les vieillards et les infirmes ainsi que les orphelins.

D'autres structures sont apparues lors des grandes épidémies, ayant pour but l'isolement des sujets malades contagieux (léproseries, maladreries, lazarets) plutôt que le soin.

Le principe de l'hôpital en tant que lieu de soins curatifs a été introduit au XIII^{ème} siècle au moment du retour des croisades. Ce principe a été inspiré des « bimaristans » où exerçaient les médecins musulmans. Durant le XVI^{ème} et le XVII^{ème} siècle se sont développés des structures spécialisées d'accueil et de soins avec du personnel qualifié, peu à peu gérés par des laïcs et financés par des donations (œuvre de bienfaisance des bourgeois).

À la Révolution le nouvel État ne parvint pas à assumer la charge des hôpitaux et ceux-ci furent municipalisés. Les communes eurent la charge et prirent la direction des hôpitaux jusqu'à la loi du 21 décembre 1941. Celle-ci garantit l'accès aux hôpitaux pour tous, remodèle l'administration avec la mise en place d'une direction publique, définit la rémunération des médecins, instaure la hiérarchie hospitalière dans le corps médical avec l'accès à la fonction hospitalière par concours ou par jury (6) (7). Enfin en 1958, la loi Debré crée les Centres Hospitaliers Universitaires donnant ses lettres de noblesse à l'hôpital, lieu de la « médecine d'excellence », elle définit les temps-plein hospitaliers des médecins ainsi que le droit à exercer partiellement en secteur privé pour les praticiens hospitaliers.

La médecine ambulatoire salariée a également une histoire riche qui débute avec la médecine communautaire organisée par les collectivités locales dans la première moitié du XIX^{ème} siècle.

Il est admis que les centres de santé actuels prennent leurs racines dans ce que furent les dispensaires d'hier.

=> les centres de santé

On voit apparaître un premier texte législatif évoquant les dispensaires en 1895 comme structures de soin séparées de l'hôpital. Initialement spécialisés en « dispensaires pour tuberculeux » ou « dispensaires vénériens » ils deviennent vers les années 1920 – 1930 des centres de soins polyvalents. Le droit français définit et encadre progressivement ces structures : les « centres de médecine collective » ou « centres de diagnostic et de traitement » émergent. Au même moment apparaît la nécessité de les prendre en compte et de favoriser leur développement dans les centres urbains en expansion pour assurer une couverture sanitaire satisfaisante. Ils vont en effet faciliter l'accès géographique et social aux soins. C'est le 15 juillet 1991 que le terme de « centres de santé » fait son entrée dans le Code de Santé Publique, bien son existence soit antérieure comme en témoigne la revue « Le centre de santé » fondée en 1954 par le Dr Jean Reigner (8).

La définition légale actuelle des centres de santé est donnée par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (article 1), modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 :

« Les Centres de Santé sont des *structures sanitaires de proximité* dispensant principalement des *soins de premier recours*. Ils assurent des *activités de soins sans hébergement* et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et *pratiquent la délégation du paiement du tiers* mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'Agence Régionale de Santé et appliquer des protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont *créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé*.

Les centres de santé *élaborent un projet de santé* incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. » (9)

Cette définition permet de bien différencier les centres de santé des autres structures telles que les maisons de santé, les pôles de santé, les cabinets libéraux de groupe ou autres structures.

Les points forts qui font l'originalité des centres de santé sont:

- la gestion par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements de santé : on dénombre environ un tiers des centres gérés par des associations, un tiers par des mutuelles et un tiers par d'autres structures (telles que les communes, des établissements de santé ou les caisses de sécurité sociale)
- la pratique systématique du tiers-payant,
- le salariat des médecins qui y exercent,
- la soumission au pouvoir de sanction des Agences Régionales de Santé (10).

De plus l'obligation d'élaborer un projet de santé et la possibilité d'être une structure de soins non-exclusivement médicale sont à noter même si elles existent pour d'autres structures. On dénombre en effet parmi les centres de santé environ un tiers de centres de santé dentaires, un tiers de centres infirmiers et le reste est représenté par les centres de santé médicaux ou polyvalents. (11) (12) (13)

II- 3- Grands principes et intérêts des centres de santé

En 2013 et en 2014, Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales et de la Santé, déclare dans l'un de ses discours : « J'ai la conviction que les centres de santé sont l'une des réponses *[aux problématiques actuelles de l'accès aux soins]*. Mon objectif est de déployer les actions confortant la place des centres de santé dans l'offre de soins »

En effet, les centres de santé ont pour vocation de contribuer au maintien ou au développement de soins de proximité dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et de soins. Ils contribuent également à garantir un accès égal aux soins de premier recours. On retrouve une implantation importante des centres de santé en zones « fragile » ou « de vigilance » (11) , (14) , (15).

Les centres de santé sont présentés comme attractifs : d'une part pour la patientèle qui trouve un accès facilité aux soins de premiers recours avec la pratique du tiers-payant et une implantation géographique adaptée avec une large amplitude d'horaires d'ouverture souvent toute l'année, sans rendez-vous. Ils y trouvent une prise en charge globale de soins, prévention et éducation avec une équipe pluridisciplinaire et un accès facilité aux spécialistes et à un plateau technique dans la même structure. L'exercice est coordonné avec les hôpitaux de proximité. (15)

D'autre part pour les médecins et professionnels de santé qui sont déchargés des tâches administratives, qui ont accès, par leur statut de salariés, au droit du travail et aux conventions collectives, qui peuvent pratiquer une médecine coordonnée dans une équipe pluridisciplinaire avec un accès facilité à un plateau technique. La formation continue y est également facilement accessible ainsi que l'implication dans un projet de santé et dans sa mise en œuvre. (15) (16) (17)

II- 4- Densité et répartition

C'est principalement en raison des modifications successives de la définition des centres de santé que le recensement de ceux-ci est difficile : on ne sait pas exactement quelles structures de soins sont comptabilisées en tant que centre de santé et, à l'inverse, si tous les centres de santé sont bien pris en compte dans les tentatives de recensement. En effet les chiffres retrouvés via la base des numéro FINESS utilisé par l'ARS sont très différents de ceux retrouvés par l'Assurance Maladie ainsi que ceux du Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS).

Emmanuel Vigneron, docteur en histoire et en géographie, travaillant sur une approche géographique des questions sanitaires et sociales (18), a travaillé en collaboration avec la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) sur les centres de santé. Ils ont recoupé toutes les bases de données existantes et ont dénombré 1609 centres de santé en février 2014 (et 233 antennes de santé).

Leur répartition sur le territoire est inégale du fait de leurs implantations historiques : on les retrouve dans les communes anciennement communiste (à forte motivation sociale), dans les régions minières (Nord-Pas-de-Calais) et dans les zones industrielles (région Ile-de-France, autour de Lyon et de Marseille) où se sont développées les mutuelles pour les ouvriers. Les centres de santé médicaux et polyvalents sont plus volontiers implantés dans les zones de fragilité sociale ou de faible densité médicale (11) .

INTRODUCTION

La médecine générale est reconnue en tant que spécialité médicale depuis 2002 (19) et le DES de médecine générale a été créé en 2004 (20).

La définition du médecin traitant comme le décrit le ministère de la santé est similaire à celle du médecin généraliste - médecins de famille européenne proposée par la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). (21) (22) : les missions du médecin traitant sont d'assurer le premier niveau de recours aux soins, d'orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés et d'informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient.

Le médecin traitant concourt aux soins de prévention, notamment aux activités de dépistage et à l'éducation sanitaire, et contribue à la promotion de la santé. Il contribue également à l'élaboration et au suivi des protocoles de soins pour les patients atteints d'une affection de longue durée, en concertation avec les autres intervenants. Il favorise la coordination des soins par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel.

Enfin il apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture de ses consultations (23).

La pratique de la médecine générale recouvre différents types d'exercices selon le lieu (en cabinet libéral, en pôle de santé ou maison de santé, en centre de santé, en hôpital ou en clinique, dans des entreprises privées ou dans la fonction publique), selon les modalités d'exercice (activité polyvalente du médecin traitant, MEP ou modes d'exercice particuliers, formations complémentaires : DESC, DU, recherche, expertises médicales) et selon le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte (une part d'exercice libéral et une part salarié)).

En 2016 en France, 198 144 médecins avaient une activité régulière dont 44,9% (88 886 médecins) étaient médecins généralistes. Ces médecins étaient âgés en moyenne de 52 ans et représentés à 54% d'hommes et à 46% de femmes.

On constate une féminisation de la profession au cours du temps. En 2007, les femmes représentaient 29% des médecins généralistes libéraux / mixtes (soit ayant une activité libérale et salariée) et en 2016 elles représentent 37% des effectifs. De plus parmi les médecins de moins de 40 ans, les femmes représentent 60% des effectifs alors que les hommes représentent 80% des 60 ans et plus.

La densité médicale est en baisse depuis 2007 avec une densité de 132,1 médecins pour 100 000 habitants en 2016 en moyenne mais il existe des inégalités importantes en fonction des territoires selon l'atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

Concernant les modes d'exercices, le CNOM différencie plusieurs catégories: l'exercice libéral, l'exercice mixte (c'est-à-dire libéral et salarié) et l'exercice salarié. Les catégories « divers » et « sans exercice déclaré » sont à part.

En 2016, 56,9% des médecins généralistes exerçaient en secteur libéral et 36,5% en secteur salarié. Sur les 9 dernières années, la part de médecins libéraux a reculé de 13,5% tandis que la part de médecins salariés a augmenté de 5,3%. (24)

Les médecins généralistes salariés étaient plus jeunes (médiane et moyenne d'âge plus basse à respectivement 52 et 50,2 ans contre 55 et 53,2 ans chez les libéraux) et il y avait une majorité de femmes (61 % de femmes parmi les médecins généralistes salariés et 37 % parmi les libéraux) (25) (24).

Le médecin généraliste libéral est rémunéré à l'acte, avec des honoraires fixés (en secteur 1) versés soit par le patient, soit par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) en partie ou en totalité et parfois par les caisses complémentaires. Une autre part de sa rémunération est représentée par la capitation et les primes (ROSP) et s'y ajoutent les nouveaux modes (NMR) pour les praticiens exerçant en groupe dans des structures labellisées (PSP, MSP).

En 2011, un médecin généraliste exerçant en libéral avait un revenu d'activité moyen ¹ de 82 020 € nets. (27)

Le temps de travail des généralistes libéraux est estimé entre 52 à 60 heures par semaine (57 heures selon la DREES en 2009) (28),(29) réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral (consultations gratuites, permanence de soins, conseils téléphoniques...) et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins (formation, lecture, entretien du cabinet, activités administratives, tenue de l'agenda, réception de représentant de la CPAM ou de

¹ revenu d'activité moyen = somme des revenus nets découlant d'une activité non salariée ou indépendante au cours d'une année. (26)

représentants de firmes pharmaceutiques...). (30)

La démographie médicale des médecins libéraux évolue actuellement vers une baisse du nombre de médecins de 8,2% sur les neuf dernières années, toutes spécialités confondues et de 13,5 % en médecine générale. Chez les jeunes médecins, seuls 10,8 % s'installent en libéral à leur première inscription à l'Ordre. (24)

En tant que salariés, les médecins travaillant en centre de santé sont soumis à la législation du Droit du Travail ainsi qu'aux conventions collectives propres à chaque centre de santé. Le temps de travail de base est donc de 35 heures hebdomadaire. Le salaire moyen d'un médecin exerçant en centre de santé est de 6 294€ bruts par mois soit un revenu annuel moyen de 58 150€ nets. (31)

Les centres de santé ont différents revenus: le paiement des actes de soins réalisé par l'Assurance Maladie et les mutuelles, la prise en charge des prélèvements sociaux du personnel salarié par l'Assurance Maladie, différentes primes d'aide au travail en équipe (« option de coordination » (32)), aux actions de prévention, au partage de l'information et à l'accessibilité. Ces primes sont calculées en fonction de cahiers des charges établis par l'Agence Régionale de Santé (ARS). (33)

L'ARS recense 215 centres de santé en région Auvergne-Rhône-Alpes: 180 en Rhône-Alpes dont 41 centres de santé médicaux ou polyvalents et 35 en Auvergne dont 9 centres de santé médicaux et polyvalents (11) (34), (35). En 2012, 88 équivalents temps plein (ETP) médicaux ont été recensés en centre de santé en région Rhône-Alpes. (15)

Les différences de rémunération et de temps de travail entre le statut libéral et salarié peuvent influencer le choix du mode d'exercice de chaque médecin. Nous pensons que le concept de qualité de vie est un critère de jugement plus complet et plus pertinent que des chiffres pris à part les uns des autres (36).

L'amélioration progressive du niveau de vie dans le courant du XXème siècle a fait évoluer les concepts de bien-être, de bonheur et de santé ainsi que la façon de les appréhender et de les mesurer. On trouve l'illustration de cette évolution dans différents domaines:

En médecine et santé publique, ce n'est plus seulement l'absence de maladie qui fait la santé mais d'après la définition de l'OMS de 1948 « un état de complet bien-être physique, mental et social » (37). L'espérance de vie augmentant, la longévité mesurée par l'espérance de vie à la naissance n'est plus un critère de bonne santé d'une population.

En économie, le PIB ne suffit plus à évaluer le niveau de développement d'un pays (36) et est remplacé par des échelles plus complexes telles que l'Indice de Développement Humain (IDH).

En politique et sciences sociales, le libéralisme met en avant la notion d'accomplissement de soi et de réussite selon ses propres critères et aspirations. Le sujet / individu devenant le référentiel majeur, l'évaluation du bien-être change de point de vue: il ne s'agit plus d'une évaluation extérieure par rapport à des standards mais c'est la description de sa propre perception, en santé comme en épanouissement personnel, qui prime.

Tout ceci concourt au développement de la notion de « qualité de vie » comme nouvelle référence. (38)

L'OMS définissait la qualité de vie en 1994 par « la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » (37), (39).

La qualité de vie au travail a fait également l'objet de recherches devant l'accroissement du nombre de patients consultant pour surmenage, souffrance au travail, syndrome d'épuisement professionnel ou « burn-out » et le retentissement que cela peut avoir sur la santé, sur l'économie et sur la société (40), (41) .

La qualité de vie est décrite comme multidimensionnelle prenant en compte :

- l'état physique (autonomie, capacités)
- les sensations somatiques (symptômes, douleurs, gênes)
- l'état psychologique (anxiété, dépression, émotivité)
- les relations sociales et le rapport à l'environnement du sujet (42)

On peut rajouter à ces notions le bien-être matériel et le statut économique.

La qualité de vie est difficile à mesurer. Il s'agit de transformer des données subjectives qualitatives en valeurs quantitatives. En s'appuyant sur la définition de la qualité de vie comme un concept multidimensionnel décomposable en différents items dénombrables, on peut alors mesurer ces items, les pondérer et obtenir des échelles ou des scores.

Différentes échelles ont été développées pour mesurer la qualité de vie de façon générique mais peu sont adaptées à l'étude de la qualité de vie dans une population saine.

Les échelles que nous avons choisies dans cette étude explorent plusieurs domaines :

- le domaine de la santé avec « le profil de Duke » (43), (44),
- le domaine du travail avec « le score de Karasek » (45), (46), (47)
- le domaine du perceptuel avec « l'échelle de Diener » (48), (49)
- une évaluation globale par une échelle visuelle numérique.

Ces différents outils sont détaillés ultérieurement dans le chapitre des « Méthodes ».

Comme nous l'avons vu, le MG a la possibilité d'exercer de multiples façons et la part d'exercice libéral décroît au profit de l'exercice salarié. Différentes motivations peuvent être impliquées dans le choix du mode d'exercice: elles peuvent être financière, idéologique, matérielle ou statutaire.

La qualité de vie a peu été étudiée chez les médecins généralistes salariés et pourrait être un critère influençant le choix du mode d'exercice.

Notre hypothèse était que la qualité de vie serait meilleure chez les médecins salariés comparativement aux médecins libéraux exerçant la médecine générale.

Cette étude avait pour objectif principal de décrire les niveaux de qualité de vie des médecins généralistes libéraux et salariés exerçant en ambulatoire en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les niveaux de qualité de vie liée à la santé ou au travail des médecins généralistes libéraux et salariés en fonction de l'âge, du sexe et du temps de travail.

MATERIEL ET METHODES

I- Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative transversale, observationnelle, épidémiologique, analytique.

Cette étude a eu lieu dans la région Auvergne-Rhône-Alpes de septembre à novembre 2016.

II- Population

Deux populations étaient étudiées:

Les médecins salariés exerçant en centre de santé :

- Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste exerçant en centre de santé en région Auvergne-Rhône-Alpes.
- Le critère d'exclusion était d'avoir une activité mixte dont l'activité principale serait l'exercice libéral.

Les médecins généralistes libéraux :

- Le critère d'inclusion était d'être médecin généraliste exerçant en région Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les critères d'exclusion étaient d'avoir une activité mixte dont l'activité principale serait salariée, de ne pas travailler en cabinet de groupe (soit avec au moins un autre médecin dans le même cabinet) et de ne pas avoir de secrétariat au cabinet.

Le calcul du nombre de sujets nécessaires a été réalisé pour un risque alpha de 5% et une puissance de 80%. Nous avons décidé d'un ratio de 1 salarié pour 3 libéraux.

Selon l'échelle de Diener nous avons pris un écart-type de 6,43 et un delta de 2,3 à mettre en évidence (50) ce qui nécessitait un effectif pour la population salariée supérieur à 82 et pour la population libérale supérieur à 246.

Selon le score de Duke nous avons observé $s = 13,1$ et un delta = 6 (51) ce qui donnait une estimation des effectifs nécessaires à au moins 75 médecins salariés et 225 libéraux.

III- Questionnaire

III- 1- Élaboration du questionnaire

Le questionnaire, élaboré via le logiciel Google Form® en ligne, était construit en cinq parties. Il était composé de questions d'ordre général puis de quatre échelles de mesure de la qualité de vie et d'un espace de commentaire libre. (voir annexe 1)

1ère partie: Description de la population

La première question pour les salariés et les trois premières questions pour les libéraux permettaient d'exclure la population non étudiée.

Les trois questions suivantes décrivaient les caractéristiques démographiques et le temps de travail moyen par semaine.

2ème partie: Qualité de vie liée à la santé: le profil de Duke²

Le profil de santé de Duke est un auto-questionnaire de 17 items répartis en 10 dimensions indépendantes selon des combinaisons d'items différentes:

- physique (5 items)
- mentale (5 items)
- sociale (5 items)
- santé perçue (1 item)
- incapacité physique (1 item)
- estime de soi (5 items)
- anxiété (6 items)
- dépression (5 items)
- douleur (1 item)
- score de santé général

²Il s'agit d'un questionnaire élaboré en anglais (Duke Health Profil) en 1990 par G.R.Jr. Parkerson professeur en médecine, avec une traduction française officielle et éprouvée. Il est utilisé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). (baromètre santé INPES)

A chaque question 3 réponses sont possibles (« oui c'est tout à fait mon cas », « c'est à peu près mon cas », « non ce n'est pas du tout mon cas » ou « pas du tout », « un peu », « beaucoup ») cotées 0, 1 ou 2 (puis cotées de façon inverse pour les dimensions « dépression », « anxiété », « douleur et « incapacité »). Les scores pour chaque dimensions sont normalisés de 0 à 100, 100 étant le meilleur niveau de qualité de vie possible.

3ème partie: Qualité de vie liée au travail: le modèle de Karasek³

Ce questionnaire évalue trois dimensions de l'environnement psycho-social au travail : la demande psychologique : quantité de travail, contraintes de temps, demandes contradictoires, interruptions.. , la latitude décisionnelle : possibilité de prendre des décisions, être créatif, avoir des moyens, choisir comment faire son travail, utiliser ses compétences... et le soutien social : soutien socio-émotionnel et technique, collègues et hiérarchie.

Il comporte 29 questions : 9 pour la demande psychologique, 9 pour la latitude décisionnelle, 11 pour le soutien social.

Les réponses proposées sont : « Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord», ce qui permet de les coter de 1 à 4 et de calculer un score pour chacune des trois dimensions.

Nous avons complété le choix par une réponse « Je ne suis pas concerné(e) » coté 0.

Avec les pondérations, le score se cote de 0 à 36 pour la dimension de demande psychologique, de 0 à 96 pour la latitude décisionnelle et de 0 à 44 pour le soutien social. Le détail des calculs avec la pondération est reporté en annexe (voir annexe 2).

Il a été rajouté une pondération de 0,73 aux scores de soutien social de l'étude pour effectuer la comparaison avec la population de l'étude SUMER qui a utilisé la forme réduite du questionnaire de Karasek ne comportant que 8 questions sur la dimension du soutien social.

On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores, c'est-à-dire la valeur qui partage l'ensemble de la population enquêtée en deux parties égales : la moitié des sujets se situent au-dessus de ce score, et l'autre moitié au-dessous.

³Le questionnaire a été élaboré par un sociologue et psychologue nord-américain (R.A. Karasek) : le Job Content Questionnaire en 1979 publié en 1985, traduit et validé en français. Il est utilisé par la DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques) et le gouvernement (Ministère de l'économie, Ministère du travail...) (étude SUMMER 2003)

Le « job strain » est défini comme une situation où la demande psychologique est supérieure à la médiane et la latitude décisionnelle inférieure ou égale à la médiane, ce qui constitue une situation à risque pour la santé.

La situation d'« isostrain » est défini comme une situation de « job strain » associé à un faible soutien social (inférieur ou égal à la médiane), ce qui augmente encore le risque professionnel du travailleur.

4ème partie: Qualité de vie liée à la satisfaction subjective: l'échelle de Diener⁴

L'échelle de satisfaction de vie de Diener évalue la notion de « bien-être » de façon subjective , c'est-à-dire que le sujet évalue sa qualité de vie selon ses propres critères personnels.

Le questionnaire comprend 5 items constitués d'échelles allant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord). Le score varie de 5 à 35; 35 étant le plus haut niveau de satisfaction possible.

5ème partie: Qualité de vie globale: une échelle visuelle numérique

Une échelle numérique graduée de 1 à 10 propose de coter le niveau de qualité de vie globale estimé, de « très mauvais » : 1, à « très bon » : 10.

6ème partie: Commentaires libres

Un espace laissant la possibilité d'une expression libre se situait en fin de questionnaire afin de compléter, pondérer ou développer certains points et recueillir des remarques concernant le questionnaire.

Le questionnaire a été testé avant envoi auprès de 10 personnes, médecins ou non médecins, salariés ou non, de 28 à 59 ans. Les remarques obtenues ont permis de corriger certaines tournures d'interprétation difficile, tester le temps nécessaire pour le remplir (entre 10 et 15 minutes), d'ajouter la possibilité de demander à recevoir une copie du travail une fois celui-ci achevé.

⁴Cet outil a été développé en anglais (Satisfaction With Life Scale – SWLS) en 1985, traduit et validé dans sa version française.

III- 2- Envoi du questionnaire

Pour les salariés l'envoi des questionnaires a été réalisé via les gestionnaires des centres de santé, contactés par le Groupement Régional des Centres de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (GRCS AuRA) par courriel le 19 septembre 2016.

Une relance a été faite à 15 jours du premier envoi par le GRCS AuRA.

Nous avons effectué une relance téléphonique via les secrétariats des centres de santé avec les contacts fournis par l'ARS à un mois du premier envoi.

Pour les libéraux l'envoi des questionnaires a été réalisé avec la participation de l'Union Régionale des Professionnels de Santé d'Auvergne-Rhône-Alpes (URPS AuRA) par courriel le 16 septembre 2016. Une relance a été faite 15 jours après le premier envoi.

III- 3- Recueil des données

Le recueil de donnée s'est fait pendant un mois et demi, du 15 septembre au 31 octobre 2016.

IV- Calculs statistiques

Le traitement des données et le codage ont été réalisés sur le logiciel OpenOffice Calc®.

Les intervalles de confiances ont été calculés pour un risque alpha à 0,05.

Les calculs statistiques ont été réalisés en utilisant le test de Student pour les variables quantitatives, le test du Chi deux pour les variables qualitatives et le test de Fisher pour les variables qualitatives dont les effectifs étaient inférieurs à cinq.

V- Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été faite via le moteur de recherche Google®, Google scholar®, via le SUDOC et PubMed.

Étant donné le contexte français dans lequel s'inscrit ce travail, la recherche a été réalisée principalement en français. Les mots-clés utilisés ont été « qualité de vie » ou « quality of life », « qualité de vie des médecins », « salariat », « centre de santé ».

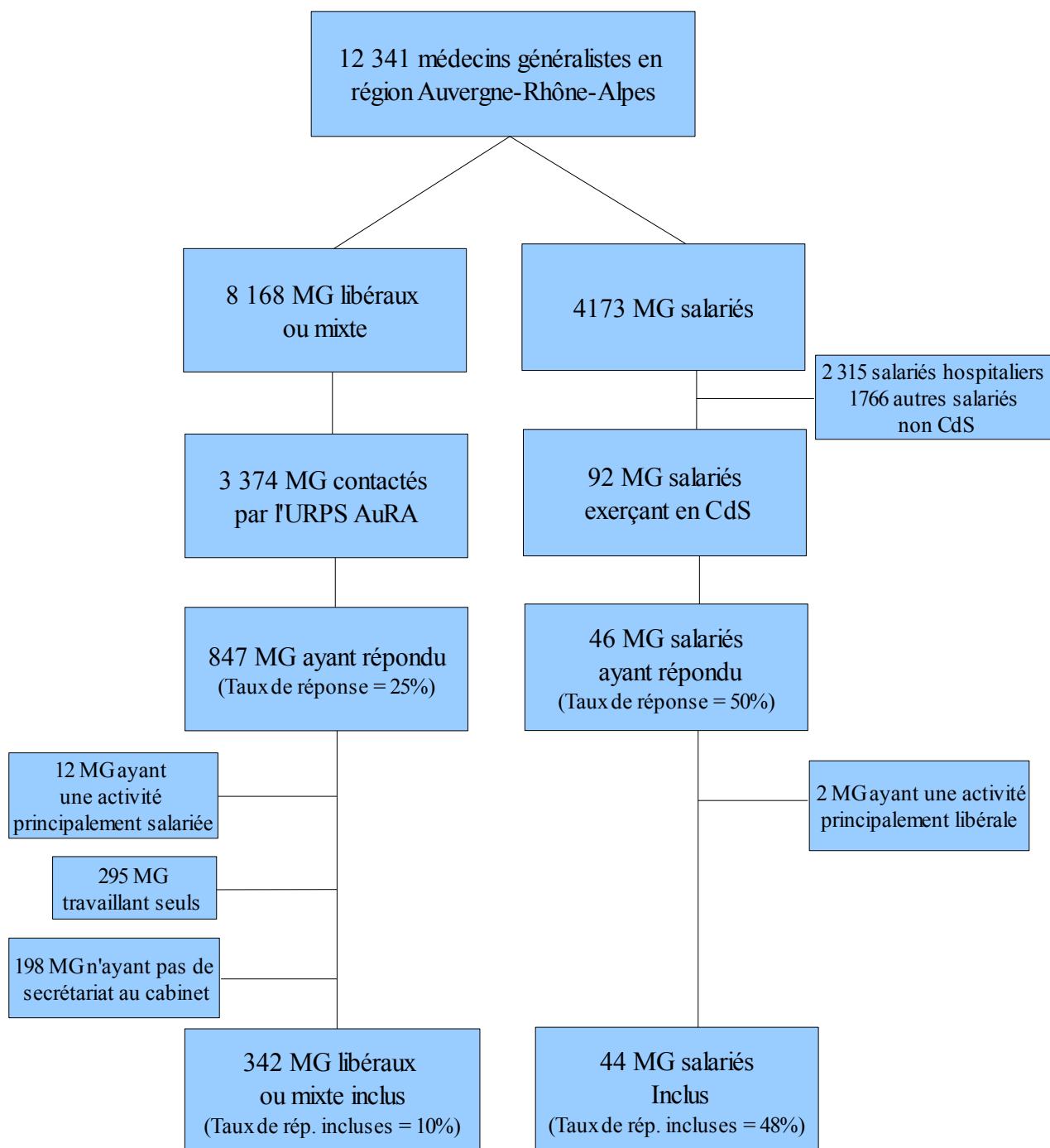
Beaucoup de références ont été trouvées en passant par les sites officiels tels que celui du ministère de la santé et celui du conseil de l'ordre des médecins.

RESULTATS

I- Population

I- 1- Diagramme de flux

Graphique 1: Diagramme de flux



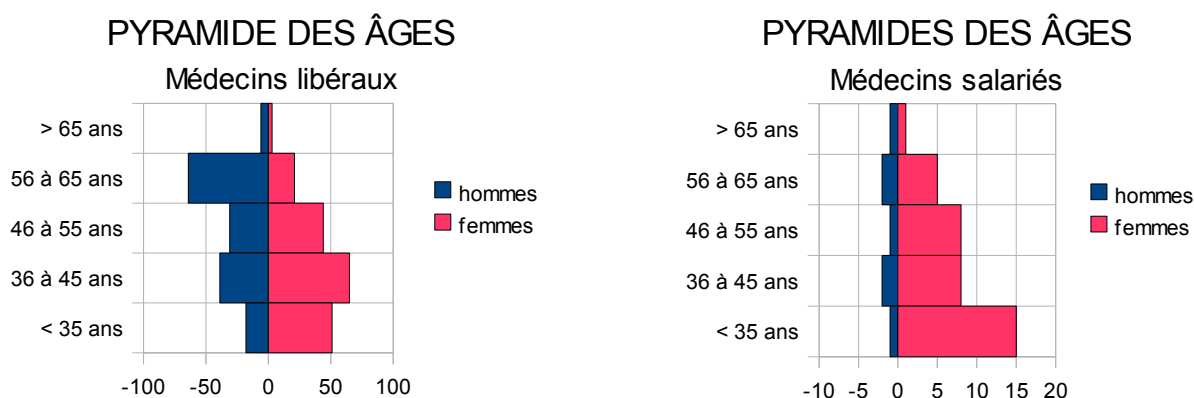
I- 2- Description des 2 populations

Tableau 1: Description des populations

Description	Salariés (n)	Libéraux (n)	p	Tous médecins (n)
Femmes	84,1 % (37)	53,8 % (184)	< 0,001	57,3 % (221)
Âge moyen (en années)	43,7 [40,4 ; 47]	46,3 [45,1 ; 47,5]	0.141	46 [44,9 ; 47,1]
Lieu d'exercice: rural	0 %	19% (65)		16,8 % (65)
semi-rural	9,1 % (4)	40,4 % (138)		36,8 % (142)
urbain	90,9 % (40)	40,6 % (139)		46,4 % (179)
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	34,1 [31,9 ; 36,3]	46 [44,9 ; 47,1]	< 0,001	44,6 [43,5 ; 45,7]

I- 3- Description de l'âge

Graphique 2 : Pyramides des âges de chaque population étudiée



Parmi les 342 médecins généralistes libéraux, 69 médecins de moins de 35 ans (20,2 %), 104 entre 35 et 45 ans (30,4 %), 75 entre 46 et 55 ans (22 %), 85 entre 56 et 65 ans (24,8 %) et 9 de plus de 65 ans (2,6 %) ont été inclus. L'âge médian était de 40 ans. Il y avait 173 médecins de 45 ans ou moins (50,6 %) et 169 médecins de 46 ans ou plus (49,4 %).

Parmi les 44 médecins généralistes salariés inclus, 16 médecins âgés de moins de 35 ans (36,4 %), 10 de 35 à 45 ans (22,7 %), 9 de 46 à 55 ans (20,5 %), 7 de 56 à 65 ans (15,9 %) et 2 de plus de 65 ans (4,5 %) ont été inclus. L'âge médian était de 40 ans. Il y avait 26 médecins de 45 ans ou moins (59,1 %) et 18 médecins de 46 ans ou plus (40,9 %).

II- Scores de qualité de vie

II- 1- Profil de Duke

Tableau 2: Description des résultats pour le score de Duke.

Scores (/100)	Salariés	Libéraux	p
Score physique	75,68 [71,02 ; 80,34]	75,2 [73,3 ; 77,1]	0.427
Score mental	78,86 [74,3 ; 83,42]	76,49 [74,45 ; 78,54]	0.178
Score social	72,05 [66,85 ; 77,25]	68,48 [66,32 ; 70,64]	0.110
Score de santé perçue	80,68 [73,4 ; 87,96]	78,95 [75,76 ; 82,14]	0.335
Score d'estime de soi	80,23 [75,11 ; 85,35]	75,53 [73,46 ; 77,6]	0.049
Score d'incapacité	0	2,49 [1,2 ; 3,78]	< 0,001
Score d'anxiété	30,3 [24,91 ; 35,69]	28,95 [27,05 ; 30,85]	0.322
Score de dépression	24,55 [19,93 ; 29,17]	23,25 [21,2 ; 25,3]	0.308
Score de douleur	31,82 [23,38 ; 40,3]	36,84 [33,51 ; 40,17]	0.142
Score de santé général	75,53 [72 ; 79,06]	73,39 [71,73 ; 75,05]	0.144

II- 2- Score de Karasek

Les médianes de latitude décisionnelle (LD), de demande psychologique (DP) et de soutien social (SS) utilisées ont été successivement :

- celles calculées dans chacun des groupes (tableau 3)
- celles calculées pour l'ensemble de la population étudiée (tableau 4)
- celles de référence pour la population française (tableau 5).

On rappelle la définition des catégories professionnelles décrites par Karasek en fonction du positionnement par rapport aux médianes des dimensions étudiées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Définition des catégories professionnelles selon Karasek

		Demande psychologique	
		Faible	Élevée
Latitude décisionnelle	Élevée	Travail détendu	Travail dynamique (actif)
	Faible	Travail passif	Travail tendu ou surchargé : « job strain »

II- 2- a- Résultats avec les médianes calculées pour chacun des groupes

Tableau 4 : Résultats du score de Karasek avec les médianes de chaque groupe.

	Médiane LD (/96)	Médiane DP (/36)	Médiane SS (/44)	Job strain (n)	Actifs (n)	Détendus (n)	Passifs (n)	p
Salariés	75	22,5	32	20,5% (9)	29,5% (13)	20,5% (9)	29,5% (13)	0.528
Libéraux	80	24	19	23,1% (79)	21,3% (73)	19,3% (66)	36,3% (124)	

La situation d' « iso strain » regroupe les personnes en situation de « job strain » dont le score de soutien social est inférieur à la médiane de soutien social du groupe.

- Parmi les salariés, 5 médecins étaient en situation d'« iso strain ». Cela représente 11,4% de l'ensemble des médecins salariés et 55,6% des médecins salariés en « job strain ».
- Parmi les libéraux, 46 médecins étaient en « iso strain ». Cela représente 13,1% de tous les libéraux et 58,2% des libéraux en « job strain ».

Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

II- 2- b- Résultats avec les médianes calculées pour l'ensemble de la population étudiée

Tableau 5 : Résultats du score de Karasek avec les médianes de l'ensemble de la population de l'étude.

	Médiane LD (/96)	Médiane DP (/36)	Médiane SS (/44)	Job strain (n)	Actifs (n)	Détendus (n)	Passifs (n)	p
Salariés	78	24	20	22,7% (10)	13,6% (6)	22,7% (10)	40,9% (18)	0.139
Libéraux	78	24	20	19,3% (66)	25,1% (86)	25,4% (87)	30,1% (103)	

- Parmi les salariés, 1 médecin était en « iso strain ». Cela représente 2,3% de l'ensemble des médecins salariés et 10% des médecins salariés en « job strain ».
- Parmi les libéraux, 45 médecins étaient en « iso strain ». Cela représente 13,2% de tous les libéraux et 68,2% des libéraux en « job strain ».

Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

II- 2- c- Résultats avec les médianes de référence de la population française

Tableau 6 : Résultats du score de Karasek avec les médianes de référence de la population française.

	Médiane LD (/96)	Médiane DP (/36)	Médiane SS (/32)	Job strain (n)	Actifs (n)	Détendus (n)	Passifs (n)	p
Salariés	71	20	24	18,2% (8)	59,1% (26)	13,6% (6)	9,1% (4)	0.341
Libéraux	71	20	24	10,8% (37)	68,1% (233)	15,2% (52)	5,8% (20)	
Tous MG	71	20	24	11,7% (45)	67,1% (259)	15% (58)	6,2% (24)	

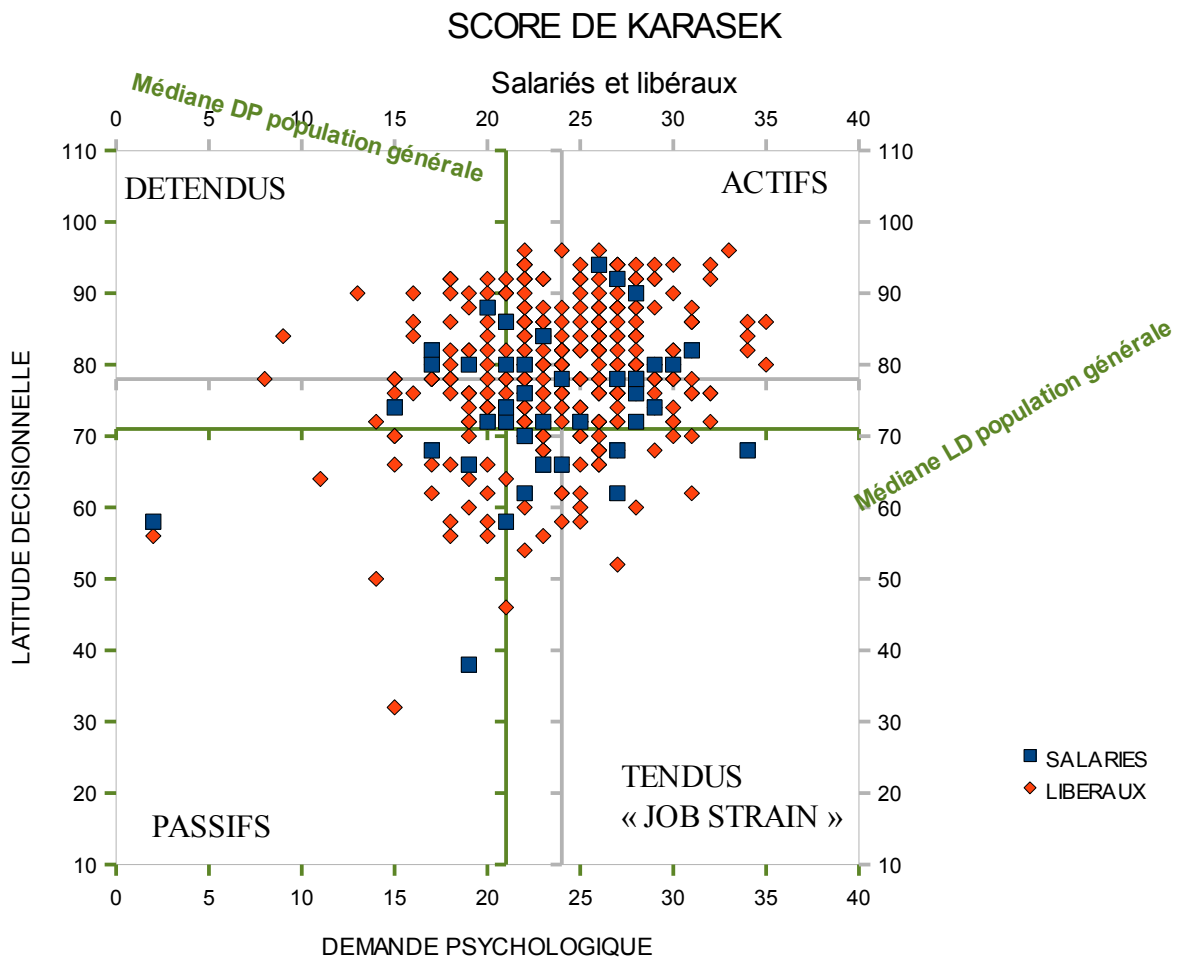
- Parmi les salariés, 5 médecins étaient en situation d' « iso strain ». Cela représente 11,4 % de l'ensemble des médecins salariés et 62,5 % des médecins salariés en « job strain ».
- Parmi les libéraux, 37 médecins étaient en « iso strain ». Cela représente 10,8 % de tous les libéraux et 100 % des libéraux en « job strain ».
- Parmi l'ensemble des médecins de l'étude, 42 étaient en « iso strain ». Cela représente 10,9 % des médecins et 93,3 % des médecins en « job strain ».

Aucune différence significative n'a été mise en évidence.

Les médianes de soutien social calculées avec la pondération de 0,73 nécessaire pour permettre la comparaison à la médiane de soutien social de l'étude SUMER étaient (sur 32):

- pour les salariés: 23,4
- pour les libéraux: 13,9
- pour l'ensemble des MG de l'étude: 14,6

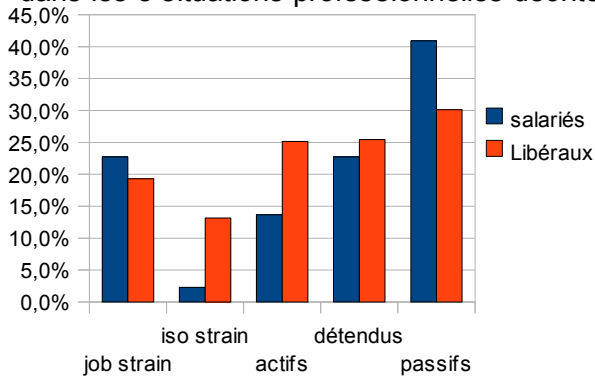
Graphique 3: Répartition des médecins salariés et libéraux en fonction des scores de latitude décisionnelle et de demande psychologique avec représentation des médianes du groupe étudié et de la population générale.



Graphiques 4 et 5: Répartition des médecins salariés et libéraux dans les situations professionnelles décrites en fonction des médianes de la population étudiée (graphique 4) et en fonction des médianes de la population générale (graphique 5)

KARASEK - Population de l'étude

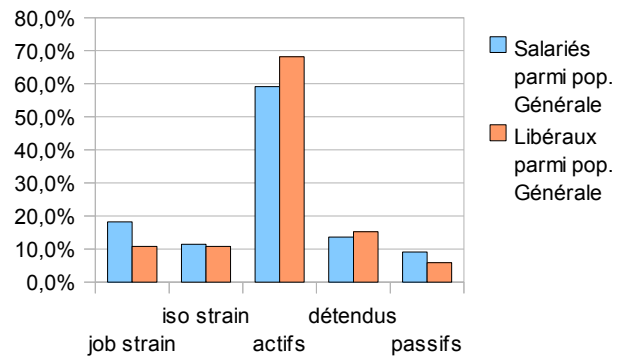
Répartition des salariés et libéraux dans les 5 situations professionnelles décrites.



Graphique 3

KARASEK - Population générale

Répartitions des salariés et des libéraux dans les 5 situations professionnelles décrites.



Graphique 4

En utilisant les médianes calculées pour l'ensemble de la population de l'étude, on constate que les médecins libéraux sont majoritaires dans les catégories « actifs », « détendus » et en « iso strain ». Les salariés sont plus représentés dans la catégorie « job strain » ou « tendus » et « passifs ».

En utilisant les médianes de référence pour la population française, les médecins salariés et libéraux sont presque également représentés dans les catégories « iso strain » et « détendus ». Les médecins salariés restent majoritaires dans la catégorie « job strain » ou « tendus » et dans la catégorie « passifs » et les libéraux dans la catégorie « actifs ».

II- 3- Échelle de Diener : une évaluation subjective de la qualité de vie

Tableau 7 : Résultats de l'échelle de Diener.

Moyennes (/ 35)	Salariés	Libéraux	p	Tous MG
Niveau de satisfaction	27,59 [25,92 ; 29,26]	25,90 [25,22 ; 26,58]	0.036	26,19 [25,56 ; 26,82]

Il existe une différence significative avec un meilleur score de qualité de vie subjective chez les médecins salariés.

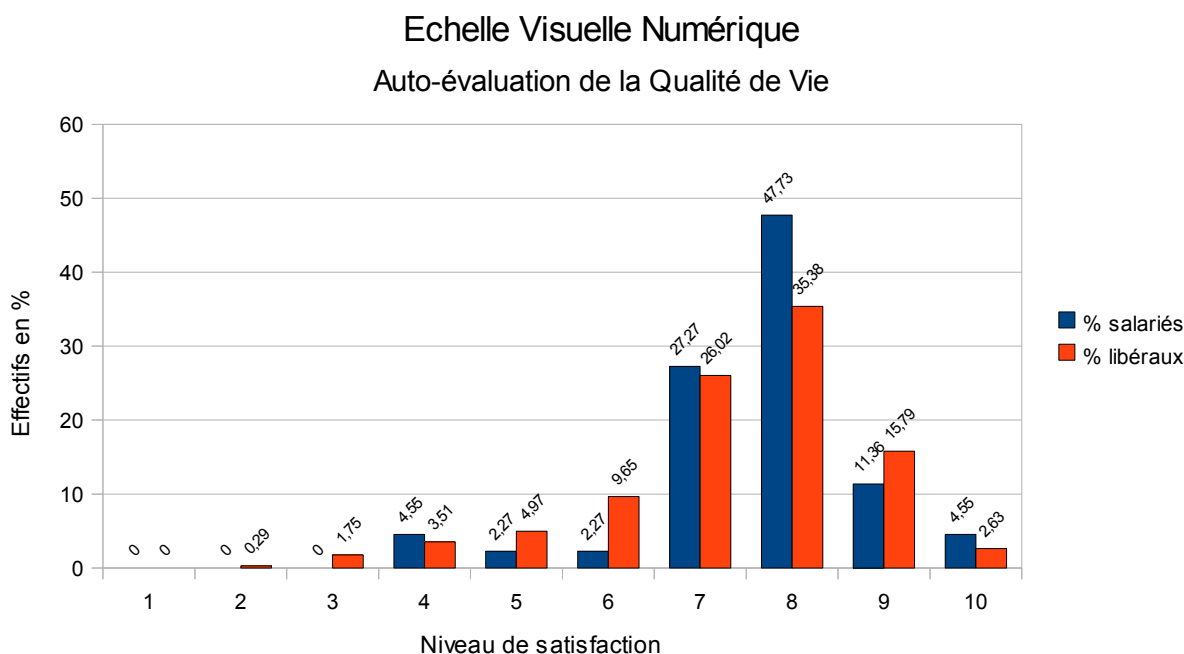
II- 4- Échelle visuelle numérique : une évaluation globale de la qualité de vie

Tableau 8 : Résultats de l'échelle visuelle numérique.

EVN (/ 10)	Salariés	Libéraux	p	Tous MG
Moyenne	7,64 [7,28 ; 8]	7,36 [7,21 ; 7,51]	0.088	7,39 [7,25 ; 7,53]
Médiane	8	8		8

Le score de qualité de vie globale est plus élevé chez les salariés mais sans différence significative.

Graphique 6: Échelle visuelle numérique.



III- Résultats détaillés

III- 1- Profil de Duke

Tableau 9 : Score de Duke en fonction du sexe.

Scores (/100)	Salariés		Libéraux		p
Score physique :					
Tous	75.68		75.2		0.427
Hommes	85,7	p= 0.079	76,33	p= 0.140	0.122
Femmes	73,8		74,24		0.435
Score mental :					
Tous	78.86		76,49		0.178
Hommes	87.1	p= 0.062	78.35	p= 0.046	0.074
Femmes	77.3		74.89		0.21
Score social :					
Tous	72.05		68.48		0.110
Hommes	75.7	p= 0.189	67.22	p= 0.146	0.033
Femmes	71.4		69.57		0.301
Score de santé perçue :					
Tous	80.68		78.95		0.335
Hommes	100	p= 1.469	74.68	p= 0.0081	< 0.001
Femmes	77		82.61		0.116
Score d'estime de soi :					
Tous	80.23		75.53		0.049
Hommes	87.1	p= 0.099	75.44	p= 0.471	0.034
Femmes	78.9		75.6		0.157
Score d'incapacité :					
Tous	0		2.49		< 0.001
Hommes	0		1.9	p= 0.198	0.007
Femmes	0		2.99		0.002
Score d'anxiété :					
Tous	30,3		28,95		0.322
Hommes	20,24	p= 0.059	28,06	p= 0.196	0.132
Femmes	32,2		29,71		0.225
Score de dépression :					
Tous	24.55		23.25		0.308
Hommes	15,7	p= 0.935	20,89	p= 0.017	0.205
Femmes	26,2		25,27		0.375
Score de douleur :					
Tous	31.82		36.84		0.142
Hommes	14.28	p= 0.037	39.24	p= 0.094	0.017
Femmes	35.13		34.78		0.473
Score de santé général :					
Tous	75.53		73.39		0.144
Hommes	82.86	p= 0.039	73.97	p= 0.264	0.034
Femmes	74.14		72.9		0.294

L'analyse par sexe fait apparaître une différence significative entre les salariés et les libéraux parmi les hommes concernant le score social, le score de santé perçue, le score de douleur et le score de santé général en plus des scores d'estime de soi et d'incapacité.

Tableau 10 : Score de Duke en fonction de l'âge.

Scores (/100)	Salariés		Libéraux		p
Score physique :					
Tous	75.68		75.2		0.427
< 45 ans	76.5	p= 0.336	76.01	p= 0.200	0.438
> 46 ans	74.4		74.38		0.494
Score mental :					
Tous	78.86		76.49		0.178
< 45 ans	81.15	p= 0.141	76.01	p= 0.321	0.035
> 46 ans	75.56		76.98		0.384
Score social :					
Tous	72.05		68.48		0.110
< 45 ans	72.31	p= 0.456	70.34	p= 0.043	0.284
> 46 ans	73.67		66.57		0.166
Score de santé perçue :					
Tous	80.68		78.95		0.335
< 45 ans	84.6	p= 0.108	83.24	p= 0.0037	0.394
> 46 ans	75		74.56		0.473
Score d'estime de soi :					
Tous	80.23		75.53		0.049
< 45 ans	83.85	p= 0.0552	76.88	p= 0.098	0.023
> 46 ans	75		74.14		0.428
Score d'incapacité :					
Tous	0		2.49		< 0.001
< 45 ans	0	p= 0.859	2.6	p= 0.859	0.003
> 46 ans	0		2.37		0.005
Score d'anxiété :					
Tous	30,3		28,95		0.322
< 45 ans	29.17	p= 0.325	29.67	p= 0.225	0.439
> 46 ans	31,94		28,2		0.250
Score de dépression :					
Tous	24.55		23.25		0.308
< 45 ans	23.08	p= 0.246	24,22	p= 0.174	0.347
> 46 ans	26.67		22.25		0.182
Score de douleur :					
Tous	31.82		36.84		0.142
< 45 ans	28.85	p= 0.208	32.66	p= 0.0062	0.269
> 46 ans	36,11		41,12		0.246
Score de santé général :					
Tous	75.53		73.39		0.144
< 45 ans	76.67	p= 0.240	74.12	p= 0.192	0.144
> 46 ans	73.89		72.64		0.363

L'analyse par groupe d'âge de moins ou de plus de 45 ans fait apparaître une différence significative entre les libéraux et les salariés dans la tranche d'âge des moins de 45 ans pour le score mental, en plus du score d'estime de soi et d'incapacité, en faveur des salariés.

III- 2- Échelle de Diener

Tableau 11 : Échelle de Diener en fonction du sexe et de l'âge

Niveau de satisfaction (/35)	Salariés		Libéraux		p
Tous	27,59		25,9		0.036
Hommes	29,29	p = 0.174	25,87	p = 0.425	0.060
Femmes	27,27		25,84		0.093
< 45 ans	28,69	p = 0.299	26,71	p = 0.0092	0.023
> 46 ans	26		25,07		0.299

L'analyse par sexe fait disparaître la différence de niveau de qualité de vie ressentie entre les salariés et les libéraux.

Cette différence persiste dans l'analyse par tranche d'âge chez les moins de 45 ans.

III- 3- Échelle Visuelle Numérique

Tableau 12 : EVN en fonction du sexe et de l'âge

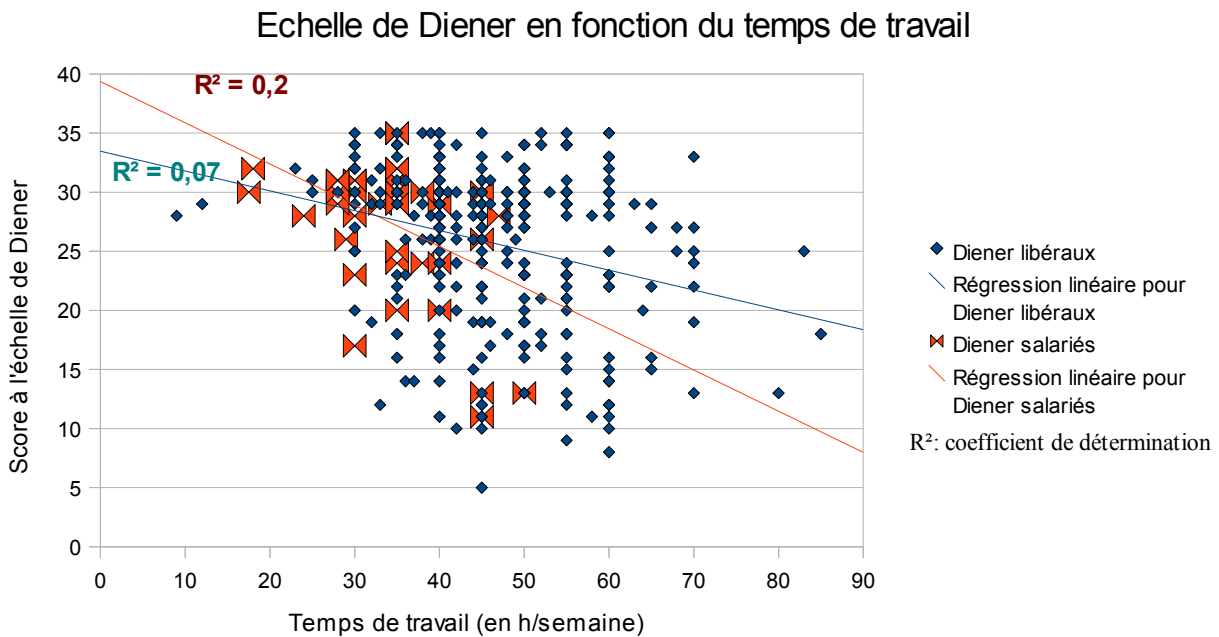
EVN (/10)	Salariés		Libéraux		p
Tous	7,64		7,36		0.088
Hommes	8,29	p = 0.024	7,3	p = 0.221	0.0061
Femmes	7,51		7,42		0.341
< 45 ans	7,88	p = 0,076	7,61	p < 0,001	0.076
> 45 ans	7,28		7,11		0.335

L'analyse par sexe fait apparaître une différence significative dans la qualité de vie globale, meilleure chez les hommes salariés que chez les hommes libéraux.

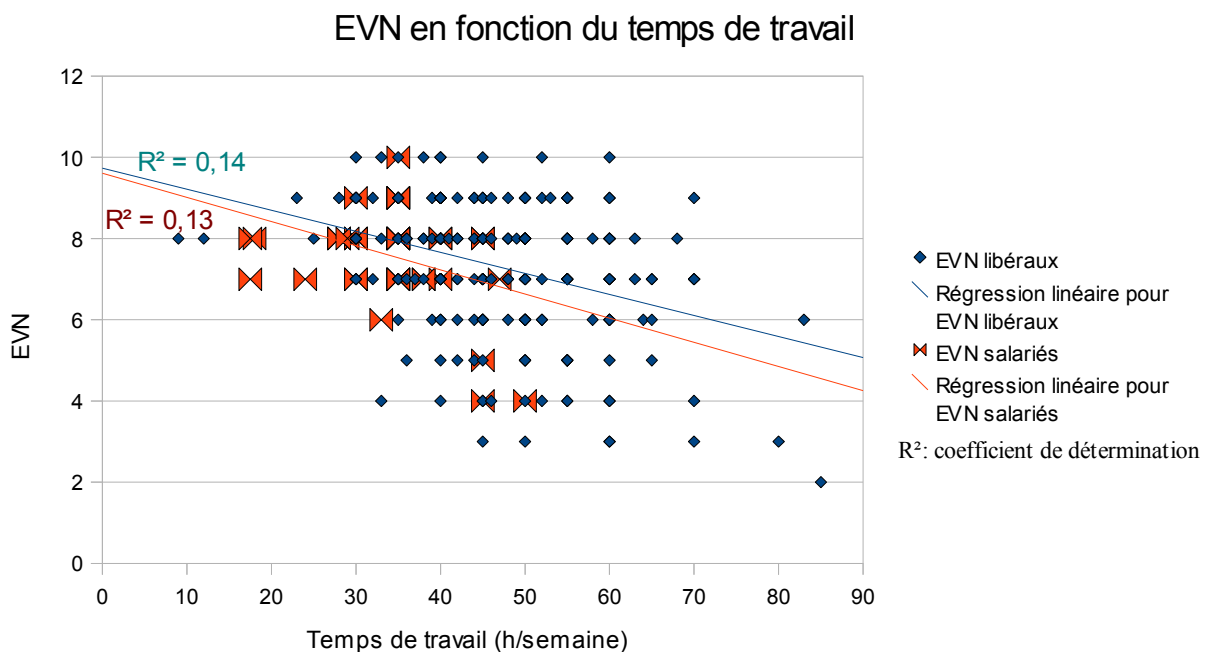
L'analyse par tranche d'âge n'a pas permis d'observer de différence significative.

III- 4- Impact du temps de travail sur la qualité de vie

Graphique 7: Échelle de Diener pour les salariés et les libéraux en fonction du temps de travail.



Graphique 8: Échelle Visuelle Numérique pour les salariés et les libéraux en fonction du temps de travail.



Dans l'analyse de la qualité de vie en fonction du temps de travail, on observe une altération de la qualité de vie ressentie comme de la qualité de vie globale avec l'augmentation du temps de travail chez les salariés comme chez les libéraux.

IV- Résultats secondaires sur les MG travaillant seuls

Nous avons ici analysé le niveau de qualité de vie de la population des médecins généralistes libéraux travaillant seuls dans leur cabinet mais ayant un secrétariat. En effet bien qu'il s'agisse d'un critère d'exclusion de l'étude, nous avons recueilli des données pour cette population et nous présentons ces résultats qui nous semblent pertinents dans l'appréhension du concept de qualité de vie des médecins généralistes.

IV- 1- Caractéristiques de la population

Tableaux 13 et 13bis : Description de la population des médecins ne travaillant pas en groupe.

Description	Libéraux seuls (n= 52)	Salariés (n= 44)	p
Femmes	28,8% (15)	84,10% (37)	< 0.001
Âge moyen (années)	55,9 [53,6 ; 58,2]	43,7 [40,4 ; 47]	< 0.001
Nombre d'heures travaillées hebdo.	54,6 [52,1 ; 57]	34,1 [31,9 ; 36,3]	< 0.001

Description	Libéraux seuls (n= 52)	Libéraux en groupe (n= 342)	p
Femmes	28,8% (15)	53,80% (184)	0.00135
Âge moyen (années)	55,9 [53,6 ; 58,2]	46,3 [45,1 ; 47,5]	< 0.001
Nombre d'heures travaillées hebdo.	54,6 [52,1 ; 57]	46 [44,9 ; 47,1]	< 0.001

Les médecins libéraux exerçant seuls sont majoritairement des hommes, sont plus âgés et travaillent plus que les libéraux exerçant en groupe et que les salariés de l'étude.

IV- 2- Qualité de vie ressentie

Tableau 14 : Échelle de Diener et EVN pour les libéraux travaillant seuls et en groupe.

	Libéraux seuls	Libéraux en groupe	p
Diener (/35)	25,08 [23,29 ; 26,87]	25,9 [25,22 ; 26,58]	0.202
EVN (/10)	7,13 [6,73 ; 7,53]	7,36 [7,21 ; 7,51]	0.015

La qualité de vie ressentie est similaire entre les libéraux exerçant seuls et ceux exerçant en groupe mais la qualité de vie globale est significativement meilleure chez les libéraux exerçant en groupe.

Tableau 15 : Échelle de Diener et EVN pour les salariés et les libéraux travaillant seuls.

	Libéraux seuls	Salariés	p
Diener (/35)	25,08 [23,29 ; 26,87]	27,59 [25,92 ; 29,26]	0.024
EVN (/10)	7,13 [6,73 ; 7,53]	7,64 [7,28 ; 8]	0.035

Les niveaux de qualité de vie ressentie et de qualité de vie globale sont significativement plus haut chez les salariés que chez les libéraux exerçant seuls.

V- Commentaires libres

24,9 % des répondants (n = 96) ont complété la partie « commentaires libres », 15,9 % parmi les salariés (n = 7) et 26 % parmi les libéraux (n = 89). (Commentaires intégralement reportés en annexe 3)

Les idées principales exprimées ont été:

- Encouragements et engouement pour le sujet :
 - 21,9 % au total (n = 21),
 - Aucun salarié (n = 0),
 - 23,6 % des libéraux (n = 21)

- Commentaires sur le questionnaire lui-même : difficulté de réponse, de mise en page, sur la notion de hiérarchie, suggestions de modifications, temps de remplissage, problème de compréhension des questions.
 - 17,7 % au total (n = 17),
 - 42,9 % des salariés (n = 3),
 - 15,7 % des libéraux (n = 14)

- Commentaires visant à apporter des précisions ou des modulations sur une situation personnelle qui aurait pu influencer les réponses : grossesse, troubles du sommeil, enfants en bas âge, maladie intercurrente, soutenance à venir, association à SOS médecin, infertilité, médecine de montagne saisonnière, ménopause, deuil, travail en pôle de santé.
 - 13,5 % au total (n = 13),
 - 42,9 % des salariés (n = 3),
 - 11,2 % des libéraux (n = 10)

- Commentaires précisant un exercice mixte:
 - 4,2 % au total (n = 4),
 - Salariés : non significatif (ns) (n = 1),
 - 3,4 % des libéraux (n = 3)

- Expression de souhaits personnels ou de changements réalisés pour améliorer sa qualité de vie : réduction du temps de travail, pratique de l'hypnose, relativisme, restriction de l'amplitude horaire quotidienne, activité mixte, pratique du sport, délégation des tâches administratives.
 - 10,4 % au total (n = 10),
 - Salariés : ns (n = 1),
 - 10,1 % des libéraux (n = 9)

- Commentaires *sur le mode d'exercice salarié en centre de santé* :
 - Points positifs: temps disponible pour la vie privée, travail en équipe.
 - Salariés : ns (n = 1)

- Points négatifs: faible revenu, patientèle difficile.
 - Salariés : ns (n = 1)

- Commentaires *sur le mode d'exercice libéral*:
 - Points positifs: choix du cadre de vie.
 - 2,2 % des libéraux (n = 2)

 - Points négatifs: surcharge de travail administratif, reconnaissance insuffisante, manque de temps pour la famille, rémunération insuffisante, risque de « Burn out », manque d'épanouissement, problèmes de démographie, difficulté de relation et délais d'avis des spécialistes, pressions, patients trop « consommateurs », relation difficile avec la CPAM, désaccord avec la politique de santé, manque de liberté, difficultés en cas de problème de santé, importance des charges financières, fatigue, relation difficile avec les collègues, nécessité de refuser des patients, pression des médias et des polémiques, doutes sur l'avenir.
 - 42,7 % des libéraux (n = 38)

- « Je ne recommande pas ce métier aux jeunes » :
 - 2,1 % au total (n = 2),
 - Aucun salarié (n = 0),
 - 2,2 % des libéraux (n = 2)

- Amour du métier de médecin: passionnant, très beau, merveilleux, me comble, ça vous gagne, gratifiant, c'est le pied, chouette.
 - 14,6 % au total (n = 14),
 - Aucun salarié (n = 0),
 - 15,7 % des libéraux (n = 14)

DISCUSSION

I- Validité interne

I- 1- Intérêts et biais

Aucune autre étude à notre connaissance n'a été réalisée au sein de cette population de médecins généralistes (MG) salariés travaillant en ambulatoire. Le salariat chez les médecins généralistes a fait l'objet d'études antérieures auprès des médecins hospitaliers ou territoriaux (52). Cependant leur exercice diffère de celui d'un médecin généraliste libéral. L'exercice médical en centre de santé implique un exercice en groupe et la présence d'un secrétariat. C'est pourquoi nous avons fait le choix d'exclure les praticiens exerçant seul et exerçant sans secrétariat afin d'éviter des biais de confusion et sur estimant la qualité de vie des médecins salariés.

L'utilisation d'instruments de mesure de qualité de vie validés assurait la fiabilité et la reproductibilité des résultats, ainsi que la comparaison à d'autres études.

Le taux de réponse au questionnaire parmi les médecins libéraux a été de 25%, ce qui correspond aux chiffres habituellement retrouvés dans cette population. Après exclusion des MG exerçant seul et sans secrétariat, le taux d'inclusion était de 10% mais c'était le prix à payer pour obtenir des populations plus comparables et éviter les biais de confusion. C'est pour cela que la population de cette étude n'était pas représentative de l'ensemble des MG libéraux mais de ceux travaillant dans ces conditions précises pour répondre à notre question.

Le taux de réponse chez les médecins salariés a été de 50% ce qui montre l'intérêt de cette population pour son statut et pour les études qui s'y rapportent ainsi que pour sa qualité de vie.

Le taux de participation important peut aussi s'expliquer par un temps de travail moins élevé laissant plus de disponibilité pour participer à ce type d'étude.

Néanmoins, étant donné que le nombre total de médecins généralistes exerçant en centre de santé en région Auvergne-Rhône-Alpes est restreint, les effectifs sont faibles malgré le très bon taux de réponse. Le calcul théorique du nombre de sujets nécessaires aurait exigé une vingtaine de répondants de plus avec un ratio de trois pour un.

Par ailleurs, il existait un biais de sélection dû aux non-répondants : ceux qui n'ont pas répondu l'ont peut-être fait par manque de temps, il s'agirait alors de professionnels présentant probablement une plus mauvaise qualité de vie. L'échantillon de l'étude était d'ailleurs composé de médecins travaillant moins que la moyenne de la population cible.

On pouvait évoquer aussi un biais de mesure inévitable qui concerne la mesure de la qualité de vie qui est subjective et évolutive. L'incidence d'une potentielle désirabilité sociale traduite par une exagération des réponses pour mettre en valeur son statut ou exacerber sa souffrance était à prendre en compte, ainsi que la période temporelle choisie : la rentrée scolaire avec le pic de consultation que cela génère, les retours de vacances par exemple.

Concernant le questionnaire, il a pu souffrir d'un biais d'approbation à cause de sa relative longueur, poussant à répondre de façon plus favorablement par lassitude. De plus l'effet de passation a pu se ressentir sur les scores de fin par effet d'apprentissage sur les scores du début de questionnaire.

De même le score de Karasek n'est pas parfaitement adapté à une population de médecins, en particulier pour les questions sur la hiérarchie qui ont posé problème à plusieurs répondants. L'introduction d'une case de réponse « je ne suis pas concerné(e) » a pu modifier le score total pour l'axe de soutien social.

I- 2- Population étudiée

- Âge

L'âge moyen de la population étudiée était de 46 ans, soit une moyenne d'âge inférieure à celle des médecins généralistes à l'échelle nationale qui est de 52 ans et à celle à l'échelle régionale qui est de 50,8 ans (24) . L'âge moyen des médecins salariés étudiés (43,7 ans) était plus bas que celui des médecins libéraux étudiés (46,3 ans), sans différence significative. L'interprétation des résultats entre les deux groupes de MG n'était donc pas influencée par l'âge mais il est difficile d'extrapoler ces résultats à l'ensemble des médecins généralistes qui sont en moyenne plus âgés, ce qui entraîne des résultats aux scores de qualité de vie plus bas en moyenne.

- Sexe

Les femmes représentaient 57,3 % de la population étudiée soit une sur-représentation de celles-ci par rapport aux chiffres nationaux (46 %) et régionaux (49,7 %). (24)

Les femmes étaient significativement plus nombreuses dans le groupe des médecins salariés que dans le groupe des médecins libéraux ($p < 0,001$) ce qui est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats car de nombreuses études ont montré des scores plus bas chez les femmes.

Ainsi d'une part les résultats des scores dans le groupe des salariés ont pu être sous-estimés aux vues de la majorité de femmes et d'autre part les résultats observés sont probablement plus bas dans notre étude qu'ils ne le seraient dans l'ensemble de la population de MG où le ratio homme/femme est plus haut.

Nous détaillerons précisément pour chaque score de qualité de vie utilisé l'influence qu'a pu avoir cette forte majorité de femme dans l'échantillon de notre étude.

- Temps de travail hebdomadaire

Le temps de travail hebdomadaire moyen dans le groupe des médecins libéraux était de 44,6 heures soit inférieur à la moyenne nationale de 57 heures. Trois principaux facteurs peuvent expliquer cette différence : d'une part les médecins recrutés exerçaient en groupe. Cela permet d'alléger plus facilement le temps de travail et de se répartir les horaires de permanences de soins. D'autre part ils avaient tous un secrétariat au cabinet ce qui leur libère le temps consacré aux tâches administratives qui, comme nous avons pu le voir, représente une part importante de l'emploi du temps du médecin généraliste (jusqu'à 20% du temps de travail hebdomadaire). Enfin il y avait une majorité de femmes et il a été décrit dans de nombreuses études que celles-ci ont, en moyenne, un temps de travail plus faible que les hommes.

Comme cela a déjà été mis en évidence (53) (54) (55) (56) (57), et retrouvé dans cette étude, le temps de travail est lié à la qualité de vie; on peut s'attendre à ce que le niveau de qualité de vie des médecins libéraux observé dans notre étude ait été surestimé par rapport à l'ensemble des médecins généralistes libéraux dont le temps de travail moyen est plus élevé que dans notre échantillon.

Dans le groupe de médecins salariés le temps de travail hebdomadaire était de 34,1 heures. Ce chiffre était attendu puisque la base de temps de travail légal est de 35 heures par semaine et malgré la fréquence des heures supplémentaires pour assurer la permanence de soin, il existe aussi de nombreux postes à temps partiel.

Le temps de travail était significativement moins élevé parmi les salariés ($p < 0,001$) que chez les libéraux ce qui participe à l'amélioration de leurs scores de qualité de vie.

- Lieu d'exercice

L'exercice urbain était très largement sur-représenté dans la population salariée. Cela était dû à la location géographique des centres de santé. En effet ceux-ci étaient historiquement implantés dans les banlieues ouvrières et en périphérie urbaine principalement. En raison de l'expansion des agglomérations, ils sont maintenant tout à fait urbains.

Jusqu'à présent les travaux réalisés étudiant l'influence du lieu d'exercice sur la qualité de vie n'ont pas montré de résultats significatifs (54) (53). L'inégalité de répartition géographique des MG de notre échantillon n'a donc pas influencé les résultats de cette étude.

II- Statut libéral, statut salarié: une tendance à de meilleurs scores de qualité de vie pour les salariés

Nous avons fait l'hypothèse que le statut de salarié permettait d'atteindre un meilleur niveau de qualité de vie. Néanmoins les résultats sont inégaux selon les échelles utilisées.

- Qualité de vie liée à la santé: des salariés plutôt en meilleure santé mais pas moins de souffrance psychologique

Sur le plan de la qualité de vie liée à la santé, évaluée par le score de Duke, on retrouvait une différence significative entre les populations de salariés et de libéraux pour le score d'incapacité, qui correspond à une incapacité physique et qui est évalué par l'absentéisme ou une hospitalisation pour raison de santé, plus faible chez les salariés ($p < 0,001$). Pour les autres catégories la tendance était à de meilleurs scores chez les salariés sans différences significatives.

On aurait pu s'attendre à ce que les médecins salariés soient en plus mauvaise santé ou présentent un degré d'incapacité physique plus important les ayant orientés vers le salariat pour bénéficier d'une meilleure protection sociale, du droit du travail et d'une réduction de leur temps de travail. Néanmoins les résultats de notre étude ne vont pas dans ce sens, ce qui peut inciter à considérer que le salariat permet de mieux préserver sa santé, par exemple en laissant du temps disponible pour consulter soi-même en cas de problème de santé ou pour participer aux campagnes de dépistage et de prévention. Les salariés étant en moyenne un peu plus jeunes que les médecins libéraux dans l'échantillon, peut-être sont-ils en meilleure santé.

On a observé également une différence significative pour le score d'estime de soi, plus élevé chez les salariés ($p = 0,049$).

L'estime de soi peut se définir comme « une considération positive de soi-même obtenue par l'atteinte de ses objectifs de vie » ou plus simplement en psychologie par « la conscience de sa propre valeur » (58).

Il est difficile de déterminer si le salariat crée les conditions de travail qui procurent une satisfaction professionnelle faisant augmenter l'estime de soi des travailleurs, comme cela a été décrit dans une étude européenne de 2016 (58) ou bien si ce sont les médecins généralistes ayant déjà une estime de soi élevée qui ont fait le choix du salariat. En effet cette même étude a montré que les personnes ayant une estime de soi importante étaient plus à même de faire les choix de carrière de nature à les satisfaire (58).

On peut également mettre en cause l'origine socio-économique de la patientèle: les centres de santé accueillent de nombreux patients en difficulté sociale et économique, ce qui peut induire chez les MG y exerçant un sentiment de réussite sociale relative et de renforcement de l'estime en soi.

Les scores d'anxiété et de dépression n'étaient pas améliorés par le salariat, sans différence significative.

Plus en détails, nous avons pris en compte l'influence du sexe et de l'âge sur les résultats obtenus à cette échelle mesurant la qualité de vie liée à la santé.

L'analyse uni-variée en sous-catégorie par sexe a permis de faire émerger des résultats significatifs entre les hommes salariés et les hommes libéraux pour le score de santé général ($p = 0,034$), de santé sociale ($p = 0,033$), de santé perçue ($p < 0,001$), d'estime de soi ($p = 0,034$), d'incapacité ($p = 0,007$) et de douleur ($p = 0,017$) qui étaient meilleurs chez les salariés.

Ceci confirmait les tendances observées précédemment de meilleure qualité de vie liée à la santé chez les salariés. Cette amélioration pourrait être due à une couverture sociale plus satisfaisante et à plus de temps disponible à consacrer à la santé.

La différence de temps de travail entre les hommes libéraux et les hommes salariés était plus importante qu'entre les femmes exerçant en libéral et celles salariées (16,3 heures de plus contre 8,4 heures de plus). C'est probablement pour cela que c'est chez les hommes que les différences retrouvées étaient significatives. Les hommes salariés avaient plus de temps à accorder à leur santé que les hommes libéraux (consultations médicales, prévention, exercice physique...) tandis que cette différence n'était pas présente chez les femmes.

Nous discuterons de l'impact du temps de travail sur la qualité de vie de façon plus approfondie ultérieurement au chapitre IV.

A l'intérieur de chaque groupe, salarié ou libéral, les différences observées selon le sexe étaient attendues car déjà mises en évidence dans les études sur la qualité de vie, y compris avec le profil de Duke. La qualité de vie liée à la santé était plus faible chez les femmes, comme cela a été décrit dès la traduction et validation en français de cette échelle par le Pr F. Guillemin et son équipe (59) et plus récemment dans le Baromètre Santé de 2005 de l'INPES où le score de santé générale des femmes était plus bas de 5,6 points que celui des hommes (60) .

Dans notre étude on retrouvait une différence de 8,4 points entre les hommes et les femmes salariés et de 1 point chez les libéraux. Les effectifs des hommes salariés de notre étude ne permettaient pas de tirer des conclusions à partir de ces chiffres.

Cependant se pose la question de l'exacerbation par le salariat des inégalités homme/femme face à la santé. Il semble en effet que les hommes et les femmes n'ont pas les mêmes attentes concernant leurs conditions de travail (temps de travail, lieux de travail, horaires...). Le statut de libéral permettrait plus de souplesse dans l'organisation du temps de travail, par exemple en adaptant le planning aux besoins ou à l'état de santé ce qui diminuerait l'écart de qualité de vie entre hommes et femmes en libéral. Le statut de libéral permettrait plus d'équité avec l'adaptation des conditions de travail en fonction des besoins plutôt que de d'exiger l'égalité avec les mêmes conditions de travail pour tout le monde indifféremment.

Concernant l'âge il a été décrit dans la littérature une altération des scores de santé physique, de santé perçue, de douleur, de bien-être social mais une amélioration du score de santé mentale avec le temps (60). Ces différences ont en effet été observées dans notre étude dans le groupe de MG libéraux pour les scores de santé perçue, de douleur et de bien-être social. Ceci peut s'expliquer par l'apparition avec l'âge de pathologies et de douleurs inhérentes au vieillissement.

Il est difficile d'interpréter l'absence de différences en fonction de l'âge parmi la population salariée. On pourrait la mettre en lien avec le fait que les médecins salariés ont pu mieux prendre en charge et préserver leur santé que les médecins libéraux, qu'ils sont à même d'adapter leur rythme de travail à leurs capacités physiques ou avec le fait qu'ils aient eu plus de temps pour développer des liens sociaux.

Cependant nous n'avons pas étudié ici le temps depuis lequel chaque médecin exerce dans son mode de travail et beaucoup de centres de santé étant encore récent il paraît probable que les médecins de plus de 45 ans salariés aient pu avoir une activité libérale auparavant. De plus l'effectif des médecins salariés ne permet pas de conclure sur cette absence de différences liée à l'âge.

- Qualité de vie liée au travail: une exposition au risque d'épuisement professionnel similaire mais un meilleur soutien social qui protège les salariés

Concernant la qualité de vie au travail, aucune différence majeure n'a été observée mais les profils professionnels différaient.

En particulier les médianes révélaient différentes sources de difficulté selon le statut.

L'analyse du modèle de Karasek repose sur le calcul des médianes des trois axes étudiés: le score de latitude décisionnelle, celui de demande psychologique ainsi que celui de soutien social.

La latitude décisionnelle représente sur la possibilité de prendre des décisions, d'être créatif, d'avoir les moyens de réaliser ses tâches et recouvre la possibilité de choisir comment faire son travail, d'utiliser et de développer des compétences. Plus le score de latitude décisionnelle est bas et plus le travailleur est à risque d'épuisement.

La demande psychologique est évaluée par la quantité de travail, les contraintes de temps, les demandes contradictoires, les interruptions fréquentes. Cette fois, plus le score de demande psychologique est haut et plus le travailleur est à risque d'épuisement.

Le soutien social concerne le soutien socio-émotionnel et technique apporté par les collègues et la hiérarchie. Cette notion vient s'ajouter aux deux précédentes et plus ce score est bas plus le travailleur est à risque d'épuisement.

La médiane de latitude décisionnelle était plus faible chez les médecins salariés que chez les libéraux, comme attendu, puisque le cadre libéral permet de s'affranchir de la pression d'une éventuelle hiérarchie, laisse la liberté de choisir sa façon d'exercer, son emploi du temps, sa patientèle.

Par contre la demande psychologique était plus basse chez les salariés que chez les libéraux. On peut penser que le cadre de travail en centre de santé diminue la quantité de travail, les interruptions fréquentes.

Enfin le soutien social était plus élevé chez les salariés. On considère qu'avec un temps de travail plus faible, les médecins salariés ont plus de possibilités de développer leur vie sociale et leurs activités de loisirs. De même, travailler dans une structure comme un centre de santé peut faciliter les interactions sociales, les rencontres et le dynamisme y compris sur le plan extra-professionnel.

Par contre il n'y avait pas de différence mise en évidence dans la répartition des salariés et des libéraux dans chaque catégorie professionnelle décrite par Karasek (« tendu », « détendus », « actifs », « passifs »).

On rappelle que le « job strain » ou situation « tendue » est une situation à haut risque d'épuisement professionnel caractérisant un travailleur soumis à une forte demande psychologique, supérieure à la médiane et une faible latitude décisionnelle, inférieure ou égale à la médiane.

La situation d'« iso strain » concerne un travailleur en « job strain » présentant un faible soutien social, inférieur ou égal à la médiane.

En utilisant les médianes de chacun des groupes, la moindre latitude décisionnelle des uns était « compensée » par une plus faible demande psychologique et inversement pour les autres ce qui explique l'absence de différence majeure dans la répartition des médecins dans les catégories professionnelles.

En utilisant les médianes de l'ensemble de la population étudiée, on notait une tendance chez les libéraux à être plus nombreux dans la catégorie des « actifs » c'est-à-dire soumis à une forte demande psychologique mais possédant une forte latitude décisionnelle tandis que c'est la catégorie des « passifs » qui était plus représentée chez les salariés c'est-à-dire des médecins n'ayant pas à leur disposition une forte latitude décisionnelle mais supportant une faible demande psychologique. Le taux de médecins en « job strain », c'est-à-dire en situation de tension soumis à une forte demande psychologique sans latitude décisionnelle suffisante, était équivalent dans les deux groupes. Par contre le taux de médecins en situation d' « iso strain » était plus élevé dans le groupe des libéraux. Ceci est expliqué un soutien social plus faible chez les libéraux.

Ainsi, bien que le risque d'épuisement professionnel soit similaire dans les deux groupes, il apparaît chez les libéraux que la faiblesse du soutien social augmente le risque de souffrance au travail.

- Qualité de vie subjective : le choix du salariat serait porteur de satisfaction

Le score obtenu sur l'échelle de Diener était plus élevé chez les salariés que chez les libéraux ($p = 0,036$). Les salariés tiraient une plus grande satisfaction de leur situation que les médecins libéraux.

On rappelle que l'échelle de Diener a pour objectif d'évaluer le niveau de qualité de vie ressenti par chaque individu en fonction de ses critères personnels de satisfaction et de réussite et non en fonction de critères préétablis par un tiers. Cet instrument évalue uniquement la composante cognitive du bien-être subjectif. (48)

Il est possible que le choix d'exercer en centre de santé ait été l'objet de plus de réflexion et soit le fruit de la recherche d'un mode d'exercice particulier. Les MG exerçant en centre de santé ressentent alors la satisfaction d'avoir fait les choix correspondants à leurs aspirations. Les MG libéraux sont peut-être plus « passifs » quant à leur mode d'exercice, la pratique libérale étant la pratique la plus courante pour un médecin généraliste. Ils ressentent alors la frustration de ne pas avoir fait le choix délibéré d'une pratique leur étant personnelle.

Les scores moyens observés sont de l'ordre de ceux retrouvés dans d'autres études. La thèse de B. Girardot-Conscience étudiant la qualité de vie chez les médecins généralistes du Jura en maison de santé retrouvait un score moyen 24,1 sur l'échelle de Diener, montant à 27,1 pour les médecins exerçant en maison de santé, ce qui rejoint nos chiffres pour les médecins salariés (61). Celle de S. Cotard a observé en 2013 un score de 24,6 pour les généralistes libéraux et 25,3 pour les médecins salariés en Bretagne (52) ; il s'agit de chiffres équivalents quoique légèrement plus faibles. Il faut prendre en compte le fait que les salariés inclus de cette étude n'exerçaient pas en ambulatoire (urgentistes, hospitaliers...) ce qui peut expliquer cette différence.

La différence de niveau de satisfaction sur l'échelle de Diener persistait entre les salariés et les libéraux de moins de 45 ans ($p = 0,023$) mais s'effaçait lors de cette comparaison chez les plus de 45 ans ou par sexe.

On suppose que les médecins de plus de 45 ans, forts de leur expérience professionnelle passée, ont fait les choix de vie privée et professionnelle leur convenant le mieux en prenant en compte leurs aspirations personnelles et la meilleure façon de les réaliser. Cela aurait généré des niveaux de satisfaction équivalents dans les deux groupes.

Cependant ces niveaux de satisfaction étaient plus faibles chez les plus de 45 ans que chez leurs confrères plus jeunes et ce de façon significative dans le groupe des MG libéraux. Cette tendance a été également observée dans le Baromètre santé de l'INPES des MG de 2009 (62). Il faut mettre en lien ces résultats avec ceux retrouvés dans l'analyse du score de Duke (voir plus haut) qui montraient que la qualité de vie liée à la santé était également plus basse pour certains scores chez les plus de 45 ans. L'altération de la santé liée à l'âge peut expliquer en partie ce moins bon ressenti de qualité de vie chez les plus de 45 ans. Peut-être s'y ajoute aussi une certaine lassitude de l'exercice.

Il est possible que la pratique salariée en centre de santé permette de lutter contre ce « dés-engouement » pour le métier, grâce à la dynamique de groupe ou grâce à la possibilité de s'investir dans différents projets portés par la structure. Cela expliquerait que la différence de ressenti de la qualité de vie entre les jeunes médecins et leurs aînés soit moins marquée au sein des salariés.

- Qualité de vie globale: salariés et libéraux, même combat: l'union fait la force.

On ne retrouvait pas de différence significative sur l'échelle visuelle numérique (EVN) concernant la qualité de vie globale entre les salariés et les libéraux.

Il existait par contre une différence chez les hommes salariés qui avaient un score à l'EVN plus élevé que les hommes libéraux ($p = 0,0061$).

Certaines études sur le temps de travail des MG libéraux ont montré que les femmes avaient en moyenne un temps de travail hebdomadaire et un nombre de consultations par jour moins élevé que leurs confrères masculins (63) (62). C'est aussi ce que nous avons observé dans la population de notre étude : les hommes travaillaient en moyenne 8,1 heures de plus par semaine que les femmes dans le groupe des MG libéraux et dans le groupe des MG salariés seulement 0,2 heure de plus. Ainsi, comme évoqué plus haut, la différence de temps de travail entre les hommes libéraux et les hommes salariés était deux fois plus importante que la différence de temps de travail entre les femmes des deux groupes (16,3 heures de plus contre 8,4 heures de plus). Le niveau de qualité de vie globale s'en ressent alors plus chez les MG hommes, celui-ci étant influencé négativement par l'augmentation du temps de travail (53) (55) (56) (63).

Le résultat global à l'EVN était supérieur à celui retrouvé dans d'autres études sur des médecins généralistes: par exemple dans la thèse de M. Thiebault le score est de 5,17 en 2003 en région Lorraine (63) , dans la thèse de S. Bersac il est de 6,22 en 2007 chez les médecins ruraux des Alpes-Maritimes (55), dans celle de G. Hilbrand il est à 6,34 en 2008 en région Rhône-Alpes (54) et dans celle de B. Conscience il est à 5,7 en 2015 dans le Jura (61).

La meilleure qualité de vie cotée à l'EVN dans cette étude par rapport à d'autres populations de médecins généralistes peut s'expliquer par le fait que notre échantillon regroupait uniquement des médecins travaillant en groupe avec un secrétariat. Le travail regroupé a déjà été décrit comme un facteur d'amélioration de la qualité de vie chez les MG (64) de même que la présence d'un secrétariat qui décharge des tâches administratives.

De plus, on peut évoquer l'effet de passation: l'EVN étant située en fin de questionnaire les répondants ont déjà rempli les autres échelles qui ont pu influencer leur réponse finale (processus de relativisation, prise en compte de paramètres qui auraient été oubliés sans les questions précédentes). Il existe aussi parfois un effet de lassitude en fin de questionnaire poussant à répondre plus favorablement aux items proposés.

Il faudrait pour éviter cela répéter l'étude en agencant différemment les instruments de mesure les uns par rapport aux autres ou distribuer plusieurs questionnaires organisés différemment.

III- Le statut de médecin, une qualité de vie à part

- Face à la santé, plus de fragilités que l'ensemble de la population

Tableau 16 : Score de Duke avec les résultats de l'étude Guillemin (1997)

Scores (/100)	Salariés (n= 44)	Libéraux (n= 342)	Population générale saine (Guillemin 97) (n= 700)
Score physique	75,68 [71,02 ; 80,34]	75,2 [73,3 ; 77,1]	78,3 [76,97 ; 79,63]
Score mental	78,86 [74,3 ; 83,42]	76,49 [74,45 ; 78,54]	71,2 [69,53 ; 72,87]
Score social	72,05 [66,85 ; 77,25]	68,48 [66,32 ; 70,64]	66,8 [65,31 ; 68,29]
Score de santé perçue	80,68 [73,4 ; 87,96]	78,95 [75,76 ; 82,14]	78,9 [76,86 ; 80,94]
Score d'estime de soi	80,23 [75,11 ; 85,35]	75,53 [73,46 ; 77,6]	71,4 [69,82 ; 72,98]
Score d'incapacité	0	2,49 [1,2 ; 3,78]	3,7 [2,48 ; 4,92]
Score d'anxiété	30,3 [24,91 ; 35,69]	28,95 [27,05 ; 30,85]	29,5 [27,96 ; 31,04]
Score de dépression	24,55 [19,93 ; 29,17]	23,25 [21,2 ; 25,3]	24,6 [22,91 ; 26,29]
Score de douleur	31,82 [23,38 ; 40,3]	36,84 [33,51 ; 40,17]	31,2 [29,03 ; 33,37]
Score de santé général	75,53 [72 ; 79,06]	73,39 [71,73 ; 75,05]	72 [70,78 ; 73,22]

Les scores de Duke dans une étude de 1997 (59) sur un échantillon tiré au sort dans la population générale saine montrait des résultats très semblables à ceux des médecins de cette étude pour les scores d'anxiété, de dépression et de douleur. Par contre notre population de médecins généralistes avait des scores mental, social, d'estime de soi, de santé perçue, de santé générale et d'incapacité, meilleurs que la population générale. Il n'y avait que le score physique qui était moins élevé chez les médecins interrogés que dans la population générale.

Ces résultats correspondaient aux tendances retrouvées dans le Baromètre de santé de l'INPES de 2005 qui décrivait des scores de qualité de vie liée à la santé plus élevés lorsque le niveau socio-économique augmente (revenus plus haut, diplômes d'études supérieures...). Ceci concorde d'ailleurs avec des indicateurs de morbi-mortalité plus élevés dans les classes ouvrières, peu diplômées, aux faibles revenus. En 2017 la France est toujours concernée par les inégalités sociales de santé.

Notre population appartenant à une classe de niveau socio-économique élevé, ces scores plus hauts pour la majeure partie des items explorés étaient attendus.

En ce qui concerne l'anxiété et la dépression la tendance observée était également décrite dans la littérature, montrant qu'être titulaire de diplômes d'études supérieures amenait à occuper des postes à responsabilité générateurs de stress, de difficultés professionnelles voire de mal-être. Ainsi l'argent ne fait pas forcément le bonheur. La profession de médecin généraliste a déjà été décrite comme à haut risque de stress, de mal être psychique, de troubles du sommeil jusqu'à l'épuisement professionnel en lien avec la surcharge de travail, la sensation de responsabilité, le manque de reconnaissance perçu (65) (64).

Par contre la population de notre étude présentait un score de douleur supérieur et un score de santé physique inférieur à ceux de la population générale, ce qui montre que le métier de médecin entraîne un épuisement physique plus important que d'autres professions de niveau social égal et un moins bon recours aux soins, par négligence du fait de la profession même ou par manque de temps (65) (67).

- Dans le travail, des médecins majoritairement « actifs » sans exclure le risque de surmenage

A l'échelle de la population française, les médianes de référence sont celles retrouvées par l'étude SUMER (SURveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels) qui a réalisé à grande échelle l'évaluation de la qualité de vie au travail des différentes professions en France en 1994, en 2003 et en 2010 (68) (69).

Les médianes de latitude décisionnelle des salariés et des libéraux étaient au-dessus de la médiane nationale. Ainsi la profession de médecin offre une liberté dans la prise de décision et la façon de réaliser son travail, y compris en travaillant en tant que salariés en centre de santé. Elle était plus importante que pour plus de la moitié des professions en France.

Par contre les médianes de demande psychologique étaient plus élevées chez les médecins que chez plus de la moitié des autres professions, même si le fait d'être salarié atténuait l'écart. Il s'agit donc d'un métier à risque d'épuisement professionnel, en lien avec une forte demande de la part des patients, un temps de travail important, la difficulté de ne pas être interrompu dans sa tâche, et la pression des demandes contradictoires.

La médiane de soutien social était plus faible chez les médecins libéraux que dans la population générale et équivalente chez les médecins salariés et dans la population générale. Néanmoins le score de soutien social est délicat à interpréter dans notre étude car plusieurs questions portent sur la relation avec la hiérarchie. Or le concept de hiérarchie est difficilement transposable en médecine, en particulier en milieu libéral. Certains médecins ont considéré la CPAM comme leur supérieur hiérarchique, d'autre ont coché la case « je ne suis pas concerné ». Les médecins salariés ont également exprimé leur difficulté à saisir qui représentait la hiérarchie dans leur cas; ainsi on constate que ni le personnel administratif ni l'employeur ne constituait pour ceux-ci une hiérarchie à proprement parler en centre de santé.

Tableau 17 : Score de Karasek avec les résultats de l'étude SUMER

	Job strain (n)	Actifs (n)	Détendus (n)	Passifs (n)
Salariés	18,2% (8)	59,1% (26)	13,6% (6)	9,1% (4)
Libéraux	10,8% (37)	68,1% (233)	15,2% (52)	5,8% (20)
Tous médecins de l'étude	11,7% (45)	67,1% (259)	15% (58)	6,2% (24)
Population de SUMER 2010	23,00%	22,00%	29,00%	26,00%
Catégorie santé et éducation SUMER 2003	21,90%	30,60%	29,40%	18,10%

On observait que par rapport aux autres professions, les médecins étaient majoritairement classés dans la catégorie « actifs » ($p < 0,001$), y compris en comparaison avec la catégorie « professions de la santé » ($p < 0,001$) de l'étude SUMER 2003.

L'exercice ambulatoire de la médecine se caractérise par une forte demande psychologique associée à une forte latitude décisionnelle.

Cependant il est inquiétant de constater que les proportions de médecins en « job strain » (ou « tendue ») et en situation « détendue » étaient équivalentes. Cette répartition s'explique par la nature du score de Karasek qui s'appuie sur les médianes et donc place autant de sujets de part et d'autre des axes de latitude décisionnelle et de demande psychologique.

Néanmoins on pourrait souhaiter que par rapport au reste de la population les médecins, de la même façon qu'ils sont majoritaires dans la catégorie des « actifs » par rapport à celle des « passifs », les médecins soient majoritaires dans la catégorie des « détendus » par rapport à celle des « tendus ».

Il faudrait pour cela diminuer la demande psychologique principalement, car comme nous l'avons déjà souligné, la latitude décisionnelle est déjà plus élevée – donc « meilleure » – chez les médecins que dans le reste de la population. Pour diminuer la demande psychologique il faudrait diminuer la charge de travail non médicale (tâches administratives, gestion du planning, entretien des locaux, réponse au téléphone, gestion des employés), modérer au maximum les interruptions pendant le temps de consultation, mener une politique de santé publique efficace avec plus de prévention et d'éducation des patients pour éviter des consultations peu utiles ou des demandes contradictoires des patients par rapport aux objectifs de santé publique.

- Une qualité de vie ressentie semblable à la population générale mais meilleure chez les plus jeunes

Pour comparer à la population générale, nous nous sommes appuyé sur l'étude de E. Diener et son équipe qui, lors de l'évaluation de leur score de Satisfaction With Life Scale en 1985, avaient retrouvé des scores de 23,5 sur 35 dans un échantillon d'étudiants en Illinois et de 25,8 sur un échantillon de personnes âgées d'âge moyen de 75 ans (48)

Des résultats équivalents étaient retrouvés lors de la traduction en français de l'échelle de satisfaction de vie avec 25,6 chez des étudiants de 19 ans d'âge moyen et 26,3 chez des séniors de 76,3 ans d'âge moyen au Canada en 1989 (50).

Ces chiffres étaient comparables à ceux retrouvés dans notre étude dont la moyenne de tous les médecins confondus était de 26,19 sur 35.

Ces études ne retrouvaient pas non plus de différence significative selon le sexe.

Par contre l'absence de différence significative selon l'âge était étonnante dans l'étude de Diener, avec même une tendance à des scores plus élevés chez les plus âgés. Cela ne correspond pas aux chiffres retrouvés dans notre étude où les plus jeunes médecins libéraux avaient un score plus haut que leurs confrères plus âgés ($p = 0,0092$).

Ceci peut s'expliquer par la nature des populations de ces études: il s'agissait de jeunes étudiants et de séniors retraités. Il était difficile donc de les comparer avec notre population de travailleurs de 30 à 70 ans.

Il pourrait cependant être intéressant d'étudier la qualité de vie ressentie des médecins généralistes retraités.

- Globalement, une qualité de vie comparable à celle de la population générale.

Les scores de qualité de vie globale observés sur l'EVN étaient équivalents à ceux de l'enquête Statistique sur les Ressources et les Conditions de Vie (SRCV) de l'INSEE en 2013, soit de 7,5 sur 10 pour les catégories socio-professionnelles élevées (détails en annexe 4).

Encore une fois notre échantillon de MG travaillant en groupe, bénéficiant d'un secrétariat, plus jeunes et travaillant moins que l'ensemble des MG en France n'était pas représentatif des médecins de façon générale.

Ceci dit les conditions énumérées ci-dessus permettaient à ces MG de rejoindre le niveau de qualité de vie des actifs du même niveau d'étude alors qu'il est habituellement plus faible.

IV- Temps de travail

Nous avons étudié séparément l'impact du temps de travail sur la qualité de vie.

Dans notre étude il ressortait que la qualité de vie, mesurée via l'échelle de Diener ou via une EVN, diminuait avec l'augmentation du temps de travail, chez les salariés comme chez les libéraux.

Cette relation entre la dégradation de la qualité de vie ressentie et l'augmentation du temps de travail a déjà été décrite dans des études précédentes concernant les médecins généralistes. C'est le cas dans la thèse de M. Besset et D. Darbelet en 2010 qui utilisent le score WHOQOL (53), dans celle de S. Bersac en 2007 avec une EVA (53), ou bien dans celle de M. Thiebaut en 2003 avec le Duke et l'EVA (61), ou encore le travail de J. Sundquist et E.S. Johansson en 2000 qui utilise le Short Form 36 (SF 36) (56) .

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette corrélation entre le temps de travail et la qualité de vie: la diminution du temps de travail (journalier, hebdomadaire et annuel) permet de consacrer plus de temps à la vie privée: vie de famille, loisirs, engagements public ou associatif. Le temps consacré à la vie privée est de meilleure qualité: moins de fatigue, disponibilité plus importante, moins de sentiment de culpabilité (« rattraper le temps perdu »).

Sur le plan professionnel la diminution du temps de travail est associée à une meilleure rentabilité: le travail est plus efficace, il y a moins de risque d'erreurs, moins de sentiment de lassitude, moins de sensation de tâches répétitives et la collaboration est plus aisée. (70) (71)

En médecine en particulier, la relation médecin-patient est à la base du soin et très influencée par l'état d'esprit du médecin. Un temps de travail élevé est associé à une diminution du bien-être psychologique, à un désinvestissement émotionnel, à des troubles de la concentration qui nuisent directement à la prise en charge des patients.

Une augmentation du temps de travail au-delà d'une certaine limite est donc nuisible aux médecins en réduisant leur qualité de vie et aux patients en altérant la qualité de leur prise en charge et la relation qu'ils peuvent construire avec leur médecin traitant.

Aucune étude ne s'est penchée sur quelle serait cette limite pour les médecins généralistes. Il apparaît dans nos résultats que cette limite est propre à chacun puisque certains médecins travaillant plus de 60 heures par semaine présentaient des résultats à l'EVN ou au score de Diener élevés tandis que d'autres médecins travaillant moins de 35 heures exprimaient une qualité de vie altérée.

Cependant, en se basant sur les résultats à l'EVN en fonction du temps de travail, on pouvait observer qu'au-delà de 35 à 43 heures de travail hebdomadaire (selon le statut de salarié ou de libéral respectivement), le score de qualité de vie devenait inférieur à celui de la population générale (situé à 7,5 sur 10).

Il a également été montré que la souffrance au travail est associée à une moins bonne santé avec une augmentation du risque cardio-vasculaire global, une augmentation du risque d'hypertension artérielle, une augmentation du risque de maladie coronarienne et une augmentation de la mortalité (56) .

Dans l'exercice médical en milieu libéral, un temps de travail plus élevé est souvent synonyme d'un plus grand nombre de consultation et donc d'une rémunération plus élevée. On a constaté ici que l'augmentation du revenu ne compensait pas l'altération de la qualité de vie due à un temps de travail plus long en terme de satisfaction ressentie.

Le niveau de revenu est à prendre en compte dans le ressenti de la qualité de vie mais il ne s'agit pas d'un critère majeur et il est supplanté par d'autres déterminants tel que le temps de travail.

V- Travail en groupe

Bien que le fait de travailler seul dans son cabinet ait été un critère d'exclusion de l'étude, des données ont tout de même été recueillies dans cette population.

On retrouvait dans ce groupe 52 médecins généralistes travaillant seul mais ayant un secrétariat au cabinet, principalement des hommes (71,2%), significativement plus âgés que les médecins libéraux travaillant en groupe et que les salariés avec un âge moyen de 56 ans et travaillant également plus que nos deux groupes de MG salariés et libéraux soit 54,6 heures hebdomadaires.

Le calcul de l'échelle de Diener ne montrait pas de différence de niveau de qualité de vie ressentie entre les libéraux exerçant seuls et ceux qui travaillent en groupe par contre les résultats à l'EVN étaient significativement plus bas chez les médecins travaillant seuls.

En comparant le niveau de qualité de vie entre les salariés et les libéraux travaillant seuls, les scores à l'échelle de Diener comme à l'EVN étaient plus haut chez les salariés.

Ainsi, indépendamment de la présence d'un secrétariat au cabinet, le fait d'exercer en groupe semblait améliorer la perception de la qualité de vie. Ceci est cohérent avec les résultats observés dans d'autres études (64) .

Un premier mécanisme explicatif est la réduction du temps de travail car l'exercice en groupe permet une certaine organisation du cabinet, une répartition des gardes et des obligations de permanence de soins et autorise un aménagement de son emploi du temps et une réduction du temps de travail. En effet notre groupe de médecins exerçant seuls travaillaient significativement plus longtemps par semaine ($p < 0,001$).

Un autre mécanisme serait que l'exercice en groupe génère convivialité, émulation intellectuelle, échange de pratiques et entraide.

Enfin on peut évoquer le partage des frais de cabinet (loyer, secrétariat, matériel...)

Néanmoins il faut prendre en compte dans l'interprétation de ces résultats que les médecins exerçant seuls étaient plus âgés, ce qui est corrélé à un moins bon niveau de qualité de vie.

VI- Le salariat, un modèle à généraliser?

La qualité de vie des médecins généralistes se présente aujourd'hui comme un enjeu indirect pour préserver l'avenir du système de santé français. Elle doit être prise en compte dans les décisions politiques.

Nous avons pu montrer dans cette étude que les médecins jeunes, exerçant en groupe avec un temps de travail modéré présentaient une meilleure qualité de vie que les autres.

Le salariat en centre de santé améliore certains aspects de la qualité de vie, néanmoins les différences mises en évidence ne sont pas majeures. En particulier sur l'échelle de Diener, la différence de 1,5 point est significative statistiquement mais ne traduit pas forcément un ressenti de la qualité de vie très supérieur.

Il semble finalement que ce qui permet d'atteindre une bonne qualité de vie soit la liberté de pouvoir faire ses choix professionnels propres.

Ainsi les mesures qui pourraient améliorer la qualité de vie des MG seraient d'augmenter le nombre de médecins formés pour améliorer la démographie médicale et avoir des médecins jeunes qui vont remplacer ceux partant à la retraite. Cela permettrait également de pouvoir diminuer le temps de travail des médecins qui le souhaitent sans mettre les patients en situation difficile. Il faudrait favoriser l'exercice en groupe en facilitant les démarches administratives nécessaires et l'accès à des locaux adaptés.

Il faudrait permettre aux médecins de s'informer et de choisir un exercice libéral ou salarié selon leur préférence quand ils veulent exercer en ambulatoire.

Pour cela des aides au développement des centres de santé pourraient être mises en place, par exemple des aides financière pour permettre un salaire aussi attractif qu'en libéral ou faciliter et accompagner les projets d'ouverture. Une concertation des médecins et des administrateurs des centres de santé pourrait être organisée pour définir le meilleur équilibre possible entre l'effet « protecteur » de la structure des centres de santé (organisation, administratif, droit du travail..) et l'effet « contraignant » diminuant chez les médecins la latitude décisionnelle.

De cette manière, nous pourrions améliorer la situation des médecins et du système de santé pour garantir aux patients des soins accessibles et de bonne qualité.

CONCLUSIONS

A l'heure actuelle, le médecin généraliste exerçant en ambulatoire en tant que médecin traitant est à la base du système de santé français. Il peut choisir d'exercer en libéral ou être salarié en centre de santé. Les centres de santé sont des structures de soins qui salarient des professionnels de santé réalisant des soins ambulatoires, qu'ils soient médecins, dentistes ou infirmiers. Ils sont gérés par des organismes à but non lucratif tels que des associations, des mutuelles, des communes ou des établissements de santé.

L'Atlas de la Démographie Médicale annuel du Conseil National de l'Ordre des Médecins observe deux tendances majeures sur les dix dernières années: une baisse de la densité médicale qui fragilise l'égalité d'accès aux soins et une baisse de l'exercice en secteur libéral de 13,5% au profit d'exercices mixte ou salarié.

Les différentes études réalisées auprès des jeunes généralistes concernant leurs projets professionnels mettent en avant le désir de préserver ou d'améliorer leur qualité de vie, parfois au détriment d'autres critères de choix tels que le lieu d'exercice ou la rémunération.

En politique et en sociologie, certains pensent que les centres de santé sont une solution pour maintenir un accès aux soins primaires pour tous; en particulier en facilitant l'installation des jeunes médecins. Mais est-ce vraiment le cas?

Nous avons fait l'hypothèse que le salariat procure un meilleur niveau de qualité de vie aux médecins généralistes par rapport à leurs confrères exerçant en libéral.

Pour cela, nous avons réalisé une étude quantitative auprès des médecins salariés en centre de santé et des médecins libéraux exerçant en groupe avec un secrétariat en région Auvergne-Rhône-Alpes entre septembre et novembre 2016. Nous leur avons envoyé un auto-questionnaire composé de quatre outils de mesure de qualité de vie : le score de Duke mesurant la qualité de vie liée à la santé, le questionnaire de Karasek pour la qualité de vie au travail, l'échelle de Diener concernant la qualité de vie subjective et une échelle visuelle numérique cotant la qualité de vie globale.

Le taux de réponse a été de 50% chez les salariés soit 46 médecins dont 42 inclus et de 25% chez les libéraux soit 847 médecins dont 342 inclus (exerçant en groupe et avec un secrétariat). Le groupe des médecins salariés présentait plus de femmes (84,1% versus 53,8% chez les libéraux, $p < 0,001$), un temps de travail hebdomadaire plus bas (34,1 h versus 46 h, $p < 0,001$) et un âge moyen comparable à celui des libéraux (43,7 ans et 46,3 ans, $p = 0,141$).

Concernant la qualité de vie liée à la santé, les scores étaient meilleurs dans tous les domaines pour les médecins salariés avec une différence significative pour le score d'estime de soi ($p = 0,049$) et celui d'incapacité ($p < 0,001$). L'analyse uni-variée par sous-catégorie retrouvait d'autres résultats significatifs avec pour les hommes salariés de meilleurs scores de santé générale ($p = 0,034$), de douleur ($p = 0,017$), de santé perçue ($p < 0,001$) et social ($p = 0,033$) en plus des scores d'estime de soi et d'incapacité.

Concernant la qualité de vie au travail, nous avons identifié dans notre étude deux profils se distinguant selon le modèle de Karasek, les salariés bénéficiant d'une moindre latitude décisionnelle mais subissant également une demande psychologique plus faible et inversement pour les libéraux. Un type de contrainte en « contre-balançant » un autre, l'exposition à des situations de surmenage et de souffrance au travail est équivalente dans les deux groupes. Cependant les médecins salariés bénéficiaient d'un meilleur soutien social que leurs confrères libéraux ce qui représente un facteur protecteur face à aux risques de surmenage et de souffrance professionnelle.

L'évaluation du ressenti de la qualité de vie de façon subjective réalisée via l'échelle de Diener montrait que les médecins salariés étaient plus satisfaits que les libéraux avec un score à 27,59 sur 35 contre 25,9 sur 35 ($p = 0,036$).

Une tendance similaire a été observée pour l'évaluation de la qualité de vie globale par l'échelle visuelle numérique cotée en moyenne à 7,39 sur 10 (7,64 pour les salariés et 7,36 pour les libéraux, $p = 0,088$). Ces chiffres corroborent ceux retrouvés au niveau national pour la population générale de même niveau socio-économique. Ils sont en revanche plus hauts que les scores observés dans d'autres études sur les médecins généralistes français.

Les médecins de notre étude étaient plus jeunes, travaillaient moins que la moyenne nationale et ils exerçaient en groupe avec un secrétariat. Nous avons montré que le temps de travail élevé, l'âge et le fait de travailler seul étaient des facteurs péjoratifs pour la qualité de vie. Ces données sont d'ailleurs concordantes avec celles retrouvées dans la littérature. Les caractéristiques de l'échantillon pourraient expliquer des scores plus hauts à l'EVN dans notre étude que dans d'autres études concernant les médecins généralistes.

Cette étude originale évaluant la qualité de vie des MG libéraux et salariés exerçant en ambulatoire nous a permis de mettre en avant que le statut de salarié, à conditions de travail équivalentes, pourrait améliorer le niveau de satisfaction subjectif, le niveau de qualité de vie global et celui lié à la santé. Le mode d'exercice ne semble pas modifier l'exposition aux situations à risque professionnel.

De ce fait les centres de santé pourraient répondre aux attentes des jeunes médecins : non seulement car ils permettent l'exercice en groupe et la décharge de tâches administratives à un secrétariat, mais aussi car ils proposent des conditions d'exercice préservant la qualité de vie.

La majorité des médecins exerçant en centre de santé sont déjà des femmes jeunes. Le développement de ces structures pourrait permettre de répondre à une potentielle demande grandissante de postes salariés liée la féminisation de la profession.

Néanmoins le salariat présente des contraintes, notamment une diminution de la latitude décisionnelle et doit donc rester un choix pour les médecins. En effet, certains résultats équivalents dans les deux groupes de l'étude reflètent que la qualité de vie des MG passe par la liberté de choix du mode d'exercice.

Dans les études à l'échelle nationale et européenne, les femmes présentent un niveau de qualité de vie plus bas que les hommes. La forte majorité de femme dans le groupe des salariés de notre travail a probablement induit des scores inférieurs à ceux que nous aurions pu retrouver dans un échantillon plus important et plus paritaire de médecins salariés.

On peut penser également que des scores moins hauts auraient été observés chez les médecins libéraux dans un échantillon plus représentatif de l'ensemble des MG libéraux dont l'âge et le temps de travail sont plus élevés.

Ainsi, si les centres de santé pourraient se présenter comme une solution potentielle aux problèmes démographiques et d'accès aux soins, une étude de plus grande envergure serait nécessaire pour confirmer les tendances observées et en faire la promotion auprès des jeunes médecins.

Il a déjà été montré que le bien-être des médecins généralistes influence positivement la qualité d'un système de santé (72), c'est donc un paramètre à prendre en compte et notre étude y trouve sa pertinence. Cependant, peu d'études ont pris en compte le point de vue des patients sur les centres de santé bien que celui-ci soit tout aussi important. En effet si ces structures attirent les médecins mais non les patients, l'offre de soins ne sera pas meilleure.

Les centres de santé sont décrits comme attractifs pour les patients car ils sont faciles d'accès tant au niveau horaire que financier avec le tiers-payant systématique, ils offrent un regroupement de professionnels de santé et un plateau technique au même endroit.

Ces arguments éveillent l'intérêt et répondent à certains besoins des patients. La réalisation d'études portant sur la satisfaction des patients fréquentant les centres de santé par rapport aux cabinets libéraux, ou sur une éventuelle différence d'état de santé, de prise en charge ou de coordination des soins autour de ces patients permettrait de compléter une image des centres de santé déjà prometteuse.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

J.P. Durillon



VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux



Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 31/03/2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : libéralisme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/lib%C3%A9ralisme/46975>
2. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - libéralisme [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/liberalisme/65750>
3. Frederic BIZARD. Analyse historique et économique de la médecine libérale de la révolution à nos jours [Internet]. Frédéric Bizard. 2012 [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.fredericbizard.com/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/>
4. Michel LEGMANN. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. [Internet]. 2010 avr [cité 22 août 2016] p. 1-45. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184.pdf>
5. Larousse É. Définitions : salariat - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/salariat/70640>
6. Loi du 21 décembre 1941 REORGANISATION DES HOPITAUX ET DES HOSPICES CIVILS.
7. La loi hospitalière du 21 décembre 1941 [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2007x041x001/HSMx2007x041x001x0061.pdf>
8. Disparition du Dr Jean Reigner, visionnaire et fondateur du mouvement des Centres de Santé [Internet]. Les Centres de Santé. 2017 [cité 23 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.lescentresdesante.com/disparition-dr-jean-reigner-visionnaire-fondateur-mouvement-centres-de-sante/>
9. CENTRES DE SANTE (TEXTES NON CODIFIES) | Legifrance [Internet]. [cité 26 août 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007105986&ordre=null&nature=null&g=ls>
10. HAS. Référentiel d'évaluation des centres de santé [Internet]. HAS Service Qualité de l'Information Médicale; 2007 févr [cité 26 août 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/referentiel_evaluation_centres_sante.pdf
11. Emmanuel VIGNERON. Les centres de santé : une géographie rétro prospective. FEHAP; 2014. 247 p.
12. Dossier ARS : Les soins de premier recours: définir une offre de soin organisée, coordonnée et accessible à tous [Internet]. [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/ARS_Newsletter/Dossier/201207_Dossier2_interactif_OK.pdf

13. P. Georges, C. Waquet. Rapport IGAS: les centres de santé: situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2013 juill. Report No.: RM2013-119P.
14. PAPS ARA. PAPS ARA: En centre de santé [Internet]. [cité 29 août 2016]. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/En-centre-de-sante.37069.0.html>
15. GRCS-RA. Exercer en centre de santé Pour une accessibilité à la santé pour tous [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/PAPS_RA/J_EXERCE/1_regroupe/centre_de_sante/Plaqueette-GRCSRA-professionnel_2014.pdf
16. Les centres de santé - Pôles, maisons et centres de santé - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Internet]. [cité 11 févr 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/poles-maisons-et-centres-de-sante/article/les-centres-de-sante>
17. Fédération Nationale des Centres de Santé. | Promouvoir l'accès aux soins pour tous. [Internet]. [cité 10 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.fncs.org/>
18. Institut des Hautes Etudes en Aménagement et Développement des Territoires en Europe. Emmanuel Vigneron - IHEDATE [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ihedate.org/?+-Vigneron-+>
19. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.
20. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
21. Global Family Doctor - WONCA Online [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>
22. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
23. Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié | Legifrance [Internet]. [cité 22 août 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006052200>
24. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
25. ATLAS NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2015 - atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf [Internet]. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

26. INSEE. Définition du revenu d'activité annuel [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/revenu-activite.htm>
27. Revenus des médecins libéraux en 2011 [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/REVAIND15_c_D2_sante.pdf
28. LE FUR Philippe. Le temps de travail des médecins généralistes. *Quest Déconomie Santé* [Internet]. juill 2009;(144). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
29. Kervasdoué J de D de la publication, Hartmann L, Macé J-M, Okma KGH, Caniard É. *Le revenu des professions de santé: carnet de santé de la France*. Paris, France: Economica : Mutualité française, impr. 2014; 2014. 153 p.
30. JAKOUBOVITCH Steve, BOURNOT Marie-Christine, CERCIER Elodie, TUFFREAU François. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes Result*. mars 2012;(797).
31. Salaire moyen Médecin de dispensaire, centre de santé municipal ou non (source : INSEE - Données 2012) [Internet]. [cité 30 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.lejustesalaire.com/salaire-moyen/medecin-de-dispensaire-centre-de-sante-municipal-ou-non-344b.php>
32. Ressources financières [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Ressources-financieres.156860.0.html>
33. Accord national Centres de Santé [Internet]. [cité 3 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Centre_de_sante_PDF_interactif.pdf
34. PAPS ARA. Liste des centres de santé en Auvergne [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/En-centre-de-sante.37069.0.html>
35. PAPS ARA. Liste des centres de santé Rhône-Alpes [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/En-centre-de-sante.37069.0.html>
36. J.E. STIGLITZ, A. SEN, J.P. FITOUSSI. Rapport de la comission sur la mesure des performances économiques et du progrès social. [Internet]. INSEE; 2008. Disponible sur: www.stiglitz-sen-fitoussi.fr
37. Health Promotion Glossary - HPR Glossary 1998.pdf [Internet]. [cité 5 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1>
38. Martine DURAND. *Futuribles - Le bien-être selon l'OCDE*. juin 2016;(412):5-24.
39. WHO/MSA/MNH/PSF/97 - 68.pdf [Internet]. [cité 28 nov 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
40. Dossiers CHSCT : L'amélioration de la qualité de vie au travail [Internet]. 2013 [cité 1 juin 2016]. Disponible sur: http://www.officiel-prevention.com/protections-collectives-organisation-ergonomie/psychologie-du-travail/detail_dossier_CHSCT.php?rub=38&ssrub=163&dossier=472
41. Stress, modèles et application - 129.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: <http://liris.cnrs.fr/~cnriut08/actes/articles/129.pdf>

42. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie: méthodes et applications. De Boeck Secundair; 2002. 340 p.
43. Duke Health Profile | IN-CAM [Internet]. [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.incamresearch.ca/content/duke-health-profile>
44. Parkerson GR, Broadhead WE, Tse CK. The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Med Care*. nov 1990;28(11):1056-72.
45. Welcome to the JCQ Center [Internet]. [cité 15 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.jcqcenter.org/>
46. Mesure du stress professionnel : questionnaire de Karasek | AtouSante - Karasek_+.pdf [Internet]. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: http://leroy.baptiste.free.fr/docs/Karasek_+.pdf
47. Documents FGTB [Internet]. [cité 17 nov 2016]. Disponible sur: <http://travailsante.free.fr/fichiers/modele-karasek-be.htm>
48. ED DIENER, R.A. EMMONDS, R.J. LARSEN, S.GRIFFIN. The Satisfaction With Life Scale. *J Personal Assesment*. 1985;49:71-5.
49. Pecoul D. Echelle de satisfaction de vie - IFEMDR [Internet]. Institut Francais d'EMDR. 2016 [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.ifemdr.fr/echelle-de-satisfaction-de-vie/>
50. M.R. BLAIS, R.J. VALLERAND, L.G. PELLETTIER, N.M. BRIERE. L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne- française du « Satisfaction Life Scale » de Diener. *Lab Psychol Soc* [Internet]. 1989 [cité 17 août 2016]; Disponible sur: <http://www.lrcs.uqam.ca/papers/36.pdf>
51. Constant F, Guillemin F, Collin JF, Boulangé M. Use of spa therapy to improve the quality of life of chronic low back pain patients. *Med Care*. sept 1998;36(9):1309-14.
52. Cotard S. L'exercice salarié est-il associé à une meilleure qualité de vie que l'exercice libéral ? : Etude auprès d'un échantillon de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
53. Maxime BESSET, Damien DARBELET. Qualité de vie des médecins généralistes: influence du lieu et des modalités d'exercice. Enquête transversale auprès de 1240 médecins généraliste en Auvergne. [Clermont Ferrand]: Université d'Auvergne Clermont Ferrand 1; 2010.
54. Hiltbrand G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2008.
55. Bersac S. Etude des caractéristiques socioprofessionnelles influençant la qualité de vie des médecins généralistes ruraux du département des Alpes-Maritimes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine;
56. Sundquist J, Johansson SE. High demand, low control, and impaired general health: working conditions in a sample of Swedish general practitioners. *Scand J Public Health*. juin 2000;28(2):123-31.

57. Fabier R. Eléments qui améliorent la qualité de vie au travail des médecins généralistes libéraux: enquête d'opinion auprès d'un échantillon de médecins landais [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2012.
58. Satuf C, Monteiro S, Pereira H, Esgalhado G, Marina Afonso R, Loureiro M. The protective effect of job satisfaction in health, happiness, well-being and self-esteem. *Int J Occup Saf Ergon* JOSE. 25 août 2016;1-9.
59. F. Guillemin, A. Paul-Dauphin, J.-M. Virion, C. Bouchet, S. Briançon. Le profil de santé de DUKE: un instrument générique de mesure de qualité de vie liée à la santé. 1997;(1):35-44.
60. INPES Baromètre santé 2005 - Qualité de vie : une évaluation positive [Internet]. [cité 25 avr 2016]. Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_qualite-vie.pdf
61. Girardot-Conscience B. La qualité de vie des médecins généralistes en maison de santé dans le Jura [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie;
62. INPES. Baromètre santé des médecins généraliste 2009. [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/presentation.pdf>
63. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural [Reproduction de]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2003.
64. Mathonnat MD, Filloux I, Tanguy G, Eschalier B, Pereira B, Vorillon P. [Quality of life of women GPs in Auvergne]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. oct 2013;42(10):e377-384.
65. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux français: à partir d'une étude de la littérature de 2003 à 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil;
66. DREES. Santé physique et psychique des médecins généralistes. *Etudes Result*. juin 2010;731:1-8.
67. Bonneaudeau S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine;
68. DARES, Direction Générale du travail - Inspection médicale du travail. Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer): édition 2003 [Internet]. 2003 [cité 13 mars 2017]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition-115982>
69. DARES, Direction Générale du travail - Inspection médicale du travail. Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer): édition 2010 [Internet]. 2013 [cité 13 mars 2017]. Disponible sur: <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition>

70. Working time in the twenty-first century [Internet]. 2011 août [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://www.ilo.org/travail/whatwedo/publications/WCMS_161734/lang--en/index.htm
71. DCOMM. Organisation du temps de travail et qualité de vie. 1 sept 2006 [cité 20 janv 2017]; Disponible sur: http://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/WCMS_081516/lang--fr/index.htm
72. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet Lond Engl.* 14 nov 2009;374(9702):1714-21.

ANNEXES

Annexe 1: Questionnaires

Qualité de vie des médecins généralistes

Merci de répondre à ce questionnaire élaboré à partir d'échelles validées de mesure de la qualité de vie.

Il a été réalisé en vue de comparer la qualité de vie chez des médecins généralistes travaillant en ambulatoire salariés et libéraux.

=> MEDECINS LIBERAUX :

*Obligatoire

1) Votre mode d'exercice principal est: *

Une seule réponse possible.

- Salarié
- Libéral

2) Travaillez-vous en groupe (au moins un autre médecin travaillant dans le même cabinet) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

3) Avez-vous un secrétariat présentiel au cabinet? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

=> MEDECINS SALARIES:

*Obligatoire

1) Votre mode d'exercice principal est: *

Une seule réponse possible.

- Salarié
- Libéral

=> TOUS LES MEDECINS:

1) Vous êtes: *

Une seule réponse possible.

- Un homme
- Une femme

2) Votre tranche d'âge: *

Une seule réponse possible.

- moins de 35 ans
- 35 à 45 ans
- 46 à 55 ans
- 56 à 65 ans
- plus de 65 ans

3) Lieu d'exercice: *

Une seule réponse possible.

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

La santé... :

Modèle de Duke:

Voici une série de questions sur VOTRE SANTE telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces question. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.*

Une seule réponse possible par ligne.

Oui, c'est tout à fait mon cas

C'est à peu près mon cas

Non, ce n'est pas mon cas

Je me trouve bien comme je suis

Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre

Au fond, je suis bien portant

Je me décourage trop facilement

J'ai du mal à me concentrer

Je suis content(e) de ma vie de famille

Je suis à l'aise avec les autres

AUJOURD'HUI: *

Une seule réponse possible par ligne.

Pas du tout Un
 peu Beaucoup

Vous auriez du mal à monter un étage

Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS: *

Une seule réponse possible par ligne.

Pas du tout Un
 peu Beaucoup

Vous avez eu des problèmes de sommeil

Vous avez eu des douleurs quelque part

Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)

Vous avez été triste ou déprimé(e)

Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS: *

Une seule réponse possible par ligne.

Pas du Un
tout peu Beaucoup

Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite...)

Vous avez des activités de groupes (réunions, activités religieuse, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS: *

Une seule réponse possible par ligne.

Pas du Un
tout peu Beaucoup

Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique pour raison de santé (maladie ou accident)

Au travail...

Questionnaire de Karasek:

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel. Cocher une seule case par question. ATTENTION, certaines questions peuvent vous paraître inadaptées à votre situation, en effet cette échelle n'a pas été élaborée précisément pour les professions de santé ou les médecins. Vous pouvez donc cocher "je ne suis pas concerné" lorsque c'est le cas.*

Une seule réponse possible par ligne.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne suis pas concerné(e)
Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles					
Mon travail nécessite un niveau élevé de qualifications					
Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité					
Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses					
Au travail, j'ai l'opportunité de faire plusieurs choses différentes					
Au travail, j'ai la possibilité de développer mes habiletés personnelles					
Mon travail me permet de prendre des décisions de façon autonome					
J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail					
J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail					
Mon travail exige d'aller très vite					
Mon travail exige de travailler très fort mentalement					
On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail					
J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail					

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne suis pas concerné(e)
------------------------------	-----------------	----------	-------------------------	----------------------------------

Je ne reçois pas de demandes
contradictaires de la part des
autres

Mon travail m'oblige à me
concentrer intensément pendant
de longues périodes

Subjectivement...

Échelle de Diener:

Pour chacun des énoncés suivants, cocher l'option qui correspond le mieux à votre degré
d'accord ou de désaccord.*

Une seule réponse possible par ligne.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Légèremen t en accord	En accord	Fortement en accord
------------------------------	-----------------	-------------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------	------------------------

En général, ma vie
correspond de près à
mes idéaux

Mes conditions de
vie sont excellentes

Je suis satisfait(e) de
ma vie

Jusqu'à maintenant,
j'ai obtenu les choses
importantes que je
voulais de la vie

Si je pouvais
recommencer ma
vie, je n'y changerais
presque rien

Échelle visuelle numérique:

Comment cotez-vous globalement votre qualité de vie: *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très mauvaise

Très bonne

Commentaire libre:

Merci de votre participation. Si vous souhaitez connaître le résultat de ce travail, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse suivante: "elsa.lemaignan@gmail.com" et je vous ferais suivre une copie de la thèse ou du résumé dès sa validation.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, ajouter un commentaire libre:

Annexe 2: Calcul des scores du questionnaire de Karasek et pondérations

LE QUESTIONNAIRE DE KARASEK ET LE CALCUL DES SCORES

Ce questionnaire évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial au travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social.

L'axe « Demande psychologique » regroupe trois sous-axes :

Quantité – rapidité

Q10 - Mon travail me demande de travailler très vite

Q12 - On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive

Q13 - Je dispose du temps pour exécuter correctement mon travail

Complexité - intensité

Q14 - Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes

Q11 - Mon travail me demande de travailler intensément

Q15 - Mon travail demande de longues périodes de concentration intense

Morcellement, prévisibilité

Q16 - Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard

Q17 - Mon travail est très bousculé

Q18 - Attendre le travail de collègues ou d'autres départements ralentit souvent mon propre travail

Le score de demande psychologique est donné par la formule :

$Q10+Q11+Q12+(5-Q13) +Q14 +Q15 +Q16 +Q17 +Q18$

L'axe « latitude décisionnelle » regroupe trois sous-axes :

Latitude ou marges de manoeuvre

Q4 - Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même

Q6 - Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail

Q8 - J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail

Utilisation actuelle des compétences

Q2 - Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives

Q5 - Mon travail demande un haut niveau de compétence

Q7 - Dans mon travail, j'ai des activités variées

Développement des compétences

Q1 - Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles

Q3 - Mon travail me demande d'être créatif

Q9 - J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles

Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule :

$4*Q4+4*(5-Q6)+4*(Q8)+2*(5-Q2)+2*(Q5)+2*(Q7)+ 2*(Q1)+2*(Q3)+2*(Q9)$

L'axe « soutien social » distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues :

Le soutien professionnel

- par les supérieurs :

Q23 - Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés

Q22 - Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien

- par les collègues :

Q24 - Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents

Q28 - Les gens avec qui je travaille s'encouragent mutuellement à travailler ensemble

Q29 - Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien

Le soutien émotionnel :

- par les supérieurs

Q20 - Mon supérieur prête attention à ce que je dis

Q19 - Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés

Q21 - Mon chef a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi

- par les collègues

Q27 - Les collègues avec qui je travaille sont amicaux

Q25 - Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt

Q26 - Les gens avec qui je travaille ont des attitudes hostiles ou conflictuelles avec moi

Le score de soutien social est donné par la formule

Q19 + Q20 + (5 - Q21) + Q22 + Q23 + Q24 + Q25 + (5 - Q26) + Q27 + Q28 + Q29

« Job strain » et « isostrain »

Le « Job strain » ou « tension au travail » est la combinaison faible latitude/forte demande. En pratique, si le score de demande psychologique est supérieur à 20 et le score de latitude décisionnelle inférieure à 71, le salarié est dans le cadran « tendu », et donc considéré en situation de « job strain ».

L'Isostrain est la combinaison d'une situation de job strain et d'un faible soutien social, inférieur à 24.

COMMENTAIRES LIBRES SALARIES

1. La notion de chef est imparfaite... En centre de santé nous avons une directrice. La relation de subordination est plus "lâche" que dans d'autres organisation. J'ai souhaité répondre cependant pour rendre compte de cette particularité d'organisation des centres de santé.
2. Mes réponses sont peut-être peu représentatives car j'exerce à mi-temps en libéral et c'est cette partie qui atténue, du moins je pense, mes réponses sur la qualité de ma vie. J'aimerais pouvoir exercer mon métier en libéral comme je peux le faire en salariat.
3. Certaines réponses (fatigue ,douleur,sommeil)sont plutôt liées a l'age qu'au mode d'exercice. Je suis surprise qu'il n' y ait pas de QUESTIONS SUR LA FAMILLE. nombre d' enfants vie maritale etc...
4. Sur les questions de fatigue,courir le 100m, les escaliers...Mes réponses sont influencées par ma grossesse qui est en cours, et qui ne correspondent pas à mon état habituel (aucune difficulté habituellement)
5. Le travail en centre de santé impose des compromis : une patientèle particulièrement difficile, un salaire peu attractif. Par contre cela permet de libérer du temps pr soit et pr la vie de famille ce qui serait bien plus difficile en libéral. Le travail en équipe est aussi enrichissant.
Mais la fiche de paye de chaque mois a souvent tendance à remettre tout en question...
6. Votre approche est trop standardisée. Mais comment faire autrement ?
7. J'ai 2 enfants en très bas âge donc la fatigue n'est pas uniquement due à mon travail. J'aimerais juste avoir un 80 % au lieu d'un 100% pour être plus en équilibre entre ma vie personnelle et professionnelle.

COMMENTAIRES LIBRES LIBERAUX

1. Ce n'est pas mon métier qui me rend insatisfaite, c'est ce qu'on nous fait subir en libéral, cette surcharge administrative et cette non reconnaissance qui rendent le quotidien difficile et depuis longtemps mais qui s'est nettement aggravée depuis 2 à 3 ans. J'ai orienté mes enfants vers des professions différentes car je ne souhaite pas qu'ils vivent ces conditions de travail. Je ne regrette pas mon choix de carrière, ce métier est passionnant mais je m'en retrouve très fragilisée personnellement et j'ai l'impression de ne pas avoir donné à ma famille et à mes enfants le temps que j'aurais du leur donner.
2. dans les conditions actuelles (exigences des patients, interaction avec les spé, manque de reconnaissance humaine et financière), je ne conseillerais pas l'exercice libéral de la médecine générale. Burn out et médecine générale sont souvent synonymes (pour moi et mes autres jeunes confrères alentours). Bon courage pour cette intéressante et importante thèse
3. bon courage pour la suite sinon il existe d'autres metiers plus epanouissants!
4. Il me manque du temps pour ma famille
5. Avec tous les départ en retraite non remplacé, nous avons besoin de jeunes médecins en campagne car très bientôt, nous n'y arriverons plus !!!!
6. très beau métier et fière de le faire. Seul gros problème: les conditions dans lesquelles nous l'exerçons aujourd'hui (rémunérations, investissements/heures, bureaucratie galopante, "libéral" qui n'a plus que le nom...)
7. Merci de ce choix de sujet
8. Bon courage
9. Trop de pression , trop de contraintes, interaction compliquée parfois avec certains spécialistes hospitaliers pour une prise en charge optimale du patient , délais bien trop grands pour des avis , patients trop " consommateurs ", trop " demandeurs pour des non pathologies ! .
10. Si on supprime les con....administratives, redondantes et inutiles, la médecine de ville est un travail MERVEILLEUX!!!! A faire suivre à nos politiques et fonctionnaires (du moins à ceux qui ne sont pas en arrêt de travail).
11. questionnaires trop longs à remplir ! Bon courage pour la suite
12. métier passionnant mais difficile, avec important retentissement sur la vie conjugale et familiale, relationnel compliqué que ce soit avec les patients, avec la sécu ou avec l'hôpital ... bonne idée de thèse, bon courage pour la finaliser
13. ma vie professionnelle et familiale me comble et je ne souhaite pas prendre ma retraite dans l'immediat
14. 1_ questionnaire trop long, redondant. 2_ activité mixte 50/50, donc j'ai choisi 2 fois.....

15. UN METIER EXIGEANT mais TELLEMENT PASSIONANT
16. pour l'EVA il faut savoir a qui se comparer je suis tres heureux /un habitant d'ALEP
17. Je pratique de l'hypnose depuis 2015 qui m'a permis de diversifier ma pratique et d'aborder ma portique avec plus de sérénité. Merci
18. La médecine en montagne, ça vous gagne !
19. Je suis malade aujourd'hui ce qui a pu influencer sur mes réponses.
20. l'intéret de certaines questions m'a paru discutable ou mal compréhensible
21. Bonjour ,pour ce qui me concerne j'ai choisi à l'âge de 8 ans mon métier de médecin généraliste en campagne sachant que la vie ne sera pas toujours idyllique ! Je suis "très bien marié " avec une épouse formidable dans son aide,compréhension,confidences...avec 4 enfants formidables et deux petits enfants pour l'instant ,mes pépins de santé actuels sont connus de tous les miens et ils m'aident à tenir jusqu'à la retraite. Seuls la politique de santé et la politique en général nous mettent des " bâtons dans les roues" ce qui rend difficile de suivre tous les préceptes hippocratiques,du fait de cette ambiance "HIPPOCRITE" qui règne dans notre beau pays ! Aussi ,en tant que président d'une ONG au Togo je m'investis beaucoup pour cela entouré de personnes(famille,patients..) qui pensent comme moi que d'autres sont dans ce monde bien plus malchanceux et malheureux que les soignés de France!!! Alors relativisons et remettons nous en cause en permanence .Je rajouterai que la médecine doit rester le plus possible " à la carte et non pas protocolaire comme le veulent les dirigeants préoccupés par la rentabilité obligatoire ! Bon courage à vous et préservez vous pour l'avenir ,vous avez choisi un métier difficile mais très souvent gratifiant pour l'esprit ,confraternelles salutations
22. Excellent Travail !!! A quels travaux se réfèrent les échelles utilisées. Bonne continuation. Merci de m'adresser les résultats du travail pierre.minier@club-internet.fr . A publier dans "Exercer" !! Salut.
23. Les contraintes administratives sont de plus en plus difficiles à accepter et gênantes pour l'épanouissement professionnel
24. Bonjour difficile de répondre à certains items la sécu peut elle être considéré comme un supérieur? A discuter avec votre maitre de thèse. Si oui le préciser pour les libéraux. Les réponses seraient différentes. Beau sujet et du courage à vous.
25. Bon courage pour votre thèse !
26. soutenance de thèse dans 7 jours, résultats sur le stress faussés!!!???
27. Ou est la liberté d agir (sur la qualité de vie)en médecine dite libérale?
28. NOUS FABRIQUONS NOTRE VIE...

29. J'ai travaillé pendant 25 ans à raison de 60 heures/ semaine + 1 nuit / 2 de garde en semaine + gardes de WE ou jours fériés toutes les 7 semaines+ gardes pompiers + jeunes enfants....je n'aurai pas répondu la même chose à l'époque. aussi je trouve maintenant l'exercice plutôt confortable mais au prix d'arrêter dès 17h de répondre au téléphone....et plus de gardes de nuits ni de WE dans notre secteur.
30. bonne chance et bon choix .
31. je suis inquiète de l'avenir, de l'agressivité potentielle des patients sans médecin traitant, de la baisse de qualité du service rendu
32. j'apprécie beaucoup mon travail d'autant que j'ai la chance d'avoir une activité mixte : salariée (mi-temps PH aux URGENCES-SMUR de l'hôpital dont je dépends) et 2/3 temps dans une MSP rurale . Cette diversité d'activité ,j'en suis persuadé ,me permet d'éviter l'épuisement professionnel qui concerne tant de confrères de ma génération
33. pas assez de temps sauf le WE pour faire autre chose que travailler : faire des courses aller dans des administrations ou a la poste etc...
34. L'activité décrite ici correspond à la vie d'un associé chez SOS MEDECINS LYON, bon courage!
35. Très bonne qualité de vie, pas d'embouteillage, cadre superbe autour, mais un peu au détriment de la vie familiale (et encore je trouve encore des remplaçants !!!) pour profiter un peu des miens
36. lumbago depuis 3 jours... au boulot quand même (libéral...)
37. La profession de médecin est une des plus belles et des plus valorisantes qui soient, mais la vie de famille en prend un coup ! J'ai eu le bonheur de travailler avec mon épouse!
38. J'ai dû réadapter les horaires à la baisse +++, après 2 ans d'exercice où je m'épuisais toujours plus, et suis en cours d'amélioration de ma qualité de vie, même si ce n'est pas encore ça.
39. pour répondre à certaines questions, j'ai considéré que mon chef était le ministre de la santé
40. la bise Elsa, je ne dis pas qui je suis pour ne pas désanonymiser ce travail
41. Installé depuis dix ans se sont les conditions (démographie médicale et le nombre de patient en découlant; exigence administrative peri médicale, les charges de plus en plus lourdes..) qui sont pesante pas le travail de med générale en soit... bon courage pour votre thèse :-)
42. j'ai trouvé les questions sans intérêt
43. La vie serait parfaite si on nous donnait les moyens de faire correctement notre travail
44. Mon travail est intense et intéressant mais fatiguant. L' évasion est possible par le sport. La perspective d'une retraite proche, en bon état de santé ressenti, (pour faire autre chose dans la vie) me permet de rester calme et patient. Cordialement.

45. La relation avec les collègues est parfois très difficile... mieux vaut dissocier le professionnel et le personnel!
46. Bon courage
47. la periode de 8 jours pour le volet santé me parait un peu courte
48. j'ai mis en place les conditions de travail nécessaire pour rendre celui-ci agréable
49. temps de travail = 45 à 50 h. Impossible d'écrire dans la case dédiée
50. Très bon axe de recherche
Attention aux tableaux, parfois on ne voit plus l'intitulé en haut pour cocher ensuite
51. la médecine géniale, c'est le pied
52. la "mauvaise qualité " de vie que je note à la fin n'a strictement rien à voir avec mon travail mais avec une infertilité...
53. mon questionnement de médecin généraliste est plutôt de réfléchir à comment faire autre chose !
54. médecin de montagne en station avec 2 saisons
55. J ai des troubles chroniques du sommeil qui altèrent ma qualité de vie mais que je n attribue pas à mon travail.
56. je ne comprends pas tout à fait l'intérêt de cette approche sur le travail, c'est très abstrait!!!
57. sujet intéressant, espérons que tous seront heureux
58. l chouette métier ,mais qui a tendance à se dégrader compte tenu des paperasseries toujours plus nombreuses et de l'augmentation des pathologies psycho-somatiques en augmentation croissante et mal être au travail des patients, pour lesquelles il est difficile de les aider.
59. Sujet de thèse très interessant et nécessaire devant le nombre de confrères souffrant de burn out..
60. Bon courage pour cette thèse sans doute très intéressante .dr laborieux
61. C'était un peu dur de répondre . J'ai imaginé que mon patron était la CPAM en tant que Medecin !!!!

62. Dur, dur de tout concilier. Mon principal problème en libéral est de ne pas pouvoir déléguer plus de tâches. Nous avons une secrétaire pour 2 pdt 24h par semaine. J'ai quasi 60% de charges sur l'ensemble de mes revenus. Ne travailler "que" 30h par semaine est un choix de famille (3 enfants) que je peux faire car "je suis le salaire secondaire" de la famille. Je pense que TOUS les libéraux devraient avoir une secrétaire avec eux (et pas seulement les orthodontistes, dentistes et spe!!!) ... Pour nous permettre de ne faire "que" du temps médical ... Ce qui permettrait aussi de créer des emplois intéressants et non délocalise les. Mais c'est tellement compliqué et onéreux d'embaucher!! Et à 23euro la consult ce n'est pas possible ! Bon courage pour ta thèse.
63. aucun regret sur mes choix en médecine générale mais avec un prix à payer... j'ai réussi à me décharger de la totalité de mes charges administratives en réduisant fortement mes revenus personnels... La médecine en elle-même est toujours passionnante même si le mode d'exercice actuel est devenu plus complexe !!!
64. Mes problèmes essentiels de qualité de vie sont liés à ma charge de travail qui est trop importante en raison des problèmes de démographie médicale du secteur où je suis installé. Sinon mon travail m'intéresse beaucoup
65. C'est le plus passionnant je n'étais pas parti pour être médecin j'ai connu le virage de la vraie médecine libérale à l'étatisation la budgetisation
66. Merci pour votre collaboration sur cette thématique rarement évoquée
67. déroutant les questions négatives avec lesquelles il faut être en désaccord
68. Le travail de médecin effectif n'est pas celui que j'envisageais au début de mes études avec forte pression des caisses et des patients ... à suivre
69. Mes troubles du sommeil me paraissent plus en rapport avec la ménopause et le deuil récent de ma mère plutôt qu'avec ma quantité de travail. J'apporte cette précision car je ne voudrais pas qu'il y ait un biais dans votre interprétation de mes réponses
70. le plus dur c'est de dire non aux patients qui se présentent et qu'on ne peut plus prendre en charge étant au bout de notre capacité physique et intellectuelle par rapport à notre temps de travail qui n'a fait qu'augmenter ces 10 dernières années (10 heures maxi), du fait de la complexité des pathologies, des charges administratives etc ... sans prise en considération par les "autorités" de nos efforts, sans augmentation, sans compter les charges négatives de la presse des médias, des polémiques diverses (vaccins, statines etc...) et des charges vindicatives de confrères éminents ou expatriés relayés par les médias pour mieux vendre leurs livres ...et ou tout va mieux bien sûr.
71. bon courage pour votre thèse !!
72. travail à mi-temps pour concilier vie privée/professionnelle = parfait
73. j'ai trop de soucis pour tenir dans cette ligne, mais c'est pas si grave et ça ira mieux en 2017 avec Emmanu

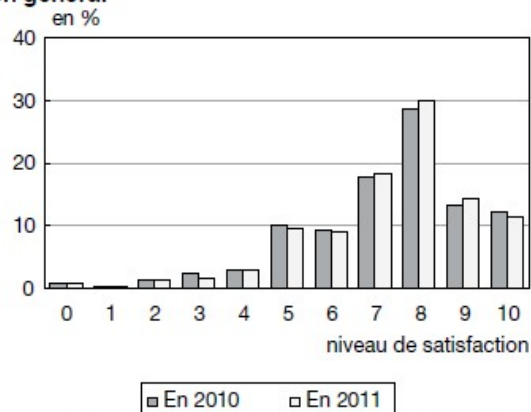
74. Je crains que ce ne soit une habitude de dire cela quelque soit le métier mais j'ai l'impression de vivre une lente et inexorable dégradation des conditions d'exercice à tout niveau, intérêt (de plus en plus formaliste et paperassier, on est coupé de nos patients), temps de travail, rémunérations, conditions de travail, peut-être n'est ce que moi qui vieilli et me désadapte de l'évolution globale de la société... Désenchantement...Que faire ? ...
75. si on fait un travail passionné on ne travaille pas un seul jour !
76. 8 derniers jours très mouvementés sur le plan personnel et professionnel...
77. Je souhaiterais connaître les conclusions de votre thèse. sylvie.mortain@gmail.com
78. effectivement j'ai un temps de travail hebdomadaire important, ce travail me plaît . Il y a un mais c'est la qualité de vie du couple. Si on devait en tenir compte dans ce questionnaire il en serait autre chose. Merci
79. nous faisons un métier merveilleux , enrichissant .Le revers de la médaille est de ne pas trop s'investir , et les tâches administratives .
80. J'étais très heureuse de mon métier jusqu'au passage en Force de la loi de santé et que notre ministre nous ECRASE et essaie de nous transformer en techniciens de santé au service des financiers. Depuis remise en question totale de mon métier. Et énormes interrogations sur mon avenir .
81. En tant que médecin libérale associée à 2 autres confrères, j'aurai du prendre le temps de les connaître avant de m'associer ...
82. divorcé, 3 enfants adultes qui ont du mal à trouver leur place dans la société
83. Au bout du compte ,on a beaucoup de motifs de satisfaction;la reconnaissance est inégale,mais par rapport à bien de salariés, il ne faut pas se plaindre.
Sauf que beaucoup de "consommateurs" de soins nous prennent pour des nantis , oublient que nous avons fait 10 ans d'étude , suivi des formations continues.. continues et travaillé comme 2 fois le temps de présence de beaucoup de ces gens si exigeants qui croient qu'on peut avoir une machine à imprimer les chèques et se comportent en consommateurs "intégristes", parlant de nos métiers comme de " rentes de situation"..
84. je travaille 50% en activité libérale soit 30h par semaine), 50% en secteur public (urgences et SMUR) soit 24 à 48h par semaine, avec du temps additionnel en activité de bénévolat (pompiers, secours en montagne et médicalisation de manifestations sportives diverses)
85. quelques questions à réponse libre auraient été pertinentes
86. mon métier me passionne j'aime les gens ;j'aime leur apporter qq chose il est vrai que cela prend beaucoup de temps sur la vie de famille et le temps personnel ;il faut vivre à 100 à l'heure j'ai eu cinq enfants et je suis comblée

87. La notion de nombre d'heures de travail est très difficile à évaluer : je travaille assez peu en consultation car j'ai besoin de temps, je ne travaille pas très vite, je discute avec les patients (= ce n'est pas très lucratif...) mais j'ai beaucoup de tâches périphériques de gestion qui envahissent mon temps personnel, notamment car je travaille dans un pôle de santé pluriprofessionnel qui est une structure très lourde et assez épuisante pour moi. Je ne suis pas sûre que le questionnaire fasse suffisamment ressortir cet aspect, car il me semble que j'ai plutôt répondu sur ma qualité de vie "globale" et non ma satisfaction concernant mon travail et son organisation. Je pense que cet aspect de mon travail m'épuise et me fera peut-être (voire probablement ?) rechercher le salariat un jour. Ma vie personnelle va bien cependant et ma qualité de vie reste bonne.
88. dans le travail encore trop d'heure; ayant fais un gros burn out il y 7 ans j'ai tout restructure dans ma "nouvelle" vie famiale professionnelle et sociale et maintenant ça roule

Annexe 4: EVN dans la population générale française

Graphique II

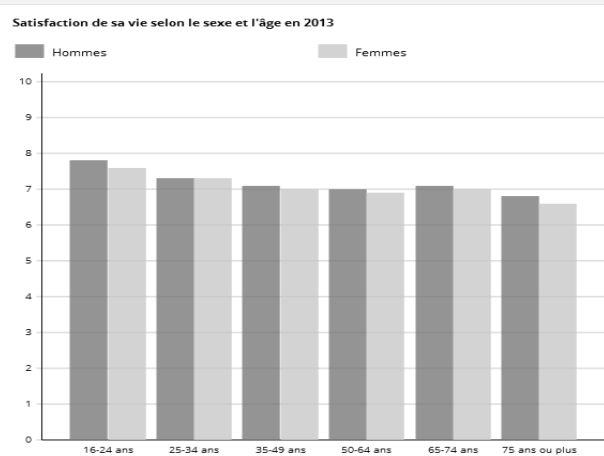
Satisfaction dans la vie en général



Lecture : à la question « sur une échelle allant de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (très satisfait), indiquez votre satisfaction concernant la vie que vous menez actuellement », 18 % des personnes interrogées déclarent en 2011 un niveau de satisfaction de 7.
 Champ : France métropolitaine.
 Source : SRCV 2010, 2011.

ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 469-470, 2014

Satisfaction de sa vie selon le sexe et l'âge en 2013



Note : notation de 0 à 10.
 Champ : France, individus de 16 ans et plus.
 Source : Eurostat, EU-Silc.

Satisfaction de sa vie selon le sexe et l'âge en 2013

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
16-24 ans	7,8	7,6	7,7
25-34 ans	7,3	7,3	7,3
35-49 ans	7,1	7,0	7,0
50-64 ans	7,0	6,9	7,0
65-74 ans	7,1	7,0	7,0
75 ans ou plus	6,8	6,6	6,7
Total	7,1	7,0	7,1

Note : notation de 0 à 10.

Champ : France, individus de 16 ans et plus.

Source : Eurostat, EU-Silc.

Note moyenne de satisfaction par domaine, sexe, âge et niveau d'éducation atteint (en 2013)

Niveau de satisfaction moyen (sur 10) en 2013	Tous niveaux d'étude		Niveau d'étude supérieure	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
France	7,1	7	7,5	7,4
Union Européenne	7,1	7	7,6	7,5

Source: Eurostat (<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>)