

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

**Emploi du temps et organisation des tâches
professionnelles des médecins généralistes
libéraux**

Enquête auprès de 262 médecins généralistes libéraux
dans 13 départements de France métropolitaine

présentée et soutenue publiquement
le 30 novembre 2017 à Poitiers
par **Monsieur Cédric Morisset**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres : Madame le Docteur Stéphanie MIGNOT
Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT
Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 12/2017)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité d'octobre à janvier)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de soutenance de ma thèse.

Veillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Stéphanie Mignot,

Je vous suis profondément reconnaissant d'avoir accepté de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,

Je vous remercie de prendre part à mon jury de soutenance.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay,

Vous avez accepté de me guider dans mon travail et avez répondu de façon appropriée à mes nombreuses sollicitations. Pour cela, je vous suis infiniment reconnaissant.

A Monsieur le Doyen Pascal Roblot,

Je vous prie de recevoir l'expression de ma gratitude pour votre bienveillance à mon égard.

A Madame Marie-Noëlle Bordage,

Votre gentillesse et votre disponibilité m'ont été d'une grande aide. Vous êtes l'ange gardien des thésards de Poitiers, j'espère que nous sommes nombreux à nous en rendre compte.

A Sébastien, Etienne, Jean-Charles, Canto et Manu.

Même si nos chemins se sont séparés, ce fut un immense honneur de faire ce voyage en votre compagnie.

Anne-Claire,

Ta force et ton soutien sont mes alliés les plus précieux.

A Charlie et Jeanne,

Vous êtes et resterez, de très loin, le plus beau cadeau que la vie m'ait offert.

A mes sœurs et frères, Aurélie, Maeva, Iliana, Florian et Lilian,

Je suis tellement fier de faire partie d'une si belle tribu.

A mes parents, mes amis Frédéric, Xavier et tous ceux qui comptent pour moi.

Aux Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins qui ont accepté de collaborer à ce travail.

TABLE DES MATIERES

<u>REMERCIEMENTS</u>	4
<u>CONTEXTE DE L'ETUDE</u>	8
1. La médecine libérale.....	9
2. Démographie de la médecine générale, en France.....	10
3. Impact de la féminisation du corps médical.....	10
4. L'emploi du temps des médecins généralistes libéraux : une nébuleuse d'activités variées.....	11
5. Souffrance professionnelle et perception de la charge de travail.....	12
6. Objectifs notre étude.....	13
<u>MATERIEL ET METHODE</u>	15
1. Méthodologie de la recherche bibliographique.....	16
2. Définition de la population étudiée.....	17
3. Choix d'un questionnaire auto-rempli.....	17
4. Elaboration du questionnaire.....	18
5. Diffusion du questionnaire.....	20
6. Durée de mise en ligne du questionnaire et recueil des réponses.....	21
7. Méthodologie de l'analyse statistique des résultats.....	22
<u>RESULTATS</u>	23
1. Taille de l'échantillon définitif et taux de participation.....	24
2. Caractéristiques sociodémographiques et cadre d'exercice.....	25
3. Nature et volume des activités des médecins.....	28
A/ Nombre de consultations hebdomadaires.....	28
B/ Nombre de visites hebdomadaires.....	32
C/ Activités médicales hors cabinet (AMHC).....	36
D/ Temps de travail hebdomadaire.....	42
4. Modalités d'organisation de l'activité clinique et des tâches annexes.....	45
A/ Secrétariat.....	46
B/ Traitement des appels téléphoniques.....	47
C/ Modes de consultation, fréquence des rendez-vous, pauses entre les consultations et durée de la pause déjeuner.....	48
D/ Moments réservés aux visites.....	51
E/ Moments réservés à la lecture du courrier professionnel.....	53
F/ Moments réservés au traitement des tâches médico-administratives....	54

G/ Modalités de satisfaction à l'obligation de développement professionnel continu (DPC).....	55
H/ Moments réservés à la lecture de la presse médicale.....	57
I/ Traitement de la comptabilité.....	59
J/ Réception des visiteurs médicaux.....	60

<u>DISCUSSION</u>	61
1. Un faible taux de participation.....	62
2. Représentativité de l'échantillon.....	64
3. Situation familiale des médecins.....	65
4. Cadre d'exercice : une tendance au regroupement des médecins qui se confirme.....	65
5. Une charge de travail importante et des activités variées.....	68
6. Organisation de la pratique au quotidien : les nouvelles générations poursuivent une dynamique de mutation.....	72
7. Limites et forces de l'étude.....	80

<u>CONCLUSION</u>	82
--------------------------------	-----------

<u>Bibliographie</u>	85
-----------------------------------	-----------

<u>Résumé</u>	90
----------------------------	-----------

<u>Serment</u>	91
-----------------------------	-----------

<u>ANNEXES</u>	92
-----------------------------	-----------

Questionnaire.....	93
--------------------	----

Liste des abréviations.....	99
-----------------------------	----

CONTEXTE DE L'ETUDE

Longtemps resté opaque aux regards des observateurs, le cabinet du médecin généraliste est aujourd'hui mieux connu. Depuis plus de deux décennies et les travaux de J.L. Gallais (1), la médecine générale fait l'objet d'études de plus en plus abondantes. Elles visent à cerner les pratiques, les conditions de travail ainsi que le ressenti des médecins généralistes.

Si la notion de « conditions de travail » renvoie à des aspects aussi variés que l'emploi du temps, l'organisation du cabinet, le rythme de travail, ou encore l'articulation entre vie privée et cadre professionnel, la perception qu'en ont les praticiens eux-mêmes n'en est pas moins hétérogène (2).

Ces travaux trouvent leurs sources dans la volonté de mieux connaître les pratiques des généralistes, mais également, dans un souci de comprendre les souffrances qu'ils expriment d'une part et tenter d'expliquer la désaffection des jeunes médecins envers la médecine générale d'autre part (3).

1. Médecine libérale

La restitution à la France, lors du traité de Versailles en 1919, de l'Alsace et de la Lorraine (dotées d'un système de protection sociale bismarckien), alimente le débat national relatif à une loi d'assurance sociale obligatoire (4). Un corollaire de ce débat, est l'adoption, lors du congrès des syndicats médicaux en 1927 d'une Charte définissant les principes fondamentaux de l'exercice libéral.

Ces principes, (*libre choix du médecin par le malade, liberté d'installation, liberté thérapeutique, respect du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct de ces honoraires par le malade au médecin, « entente directe » fixant les honoraires ou encore contrôle exclusif des médecins par leurs pairs*) définissent une médecine indépendante tant sur le plan intellectuel que politique et économique.

Le médecin libéral est la "figure identitaire dominante" de la représentation des médecins en France, pour reprendre l'expression de P. Hassenteufel. Ce constat s'applique tout particulièrement aux médecins généralistes dont près des deux tiers exercent selon un mode libéral ou mixte (5).

2. Démographie de la médecine générale, en France

Au 1er janvier 2017, la France compte 88 137 médecins généralistes en activité régulière selon le conseil national de l'Ordre des médecins (5).

Leur moyenne d'âge est de 51,6 ans (54 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes).

L'observation de la pyramide des âges permet de constater que 28% des médecins généralistes sont âgés de 60 ans et plus, alors que 17% d'entre eux sont âgés de moins de 40 ans.

Si l'on s'intéresse à la répartition des médecins selon le genre :

- les hommes représentent 53% des effectifs totaux de médecins généralistes en activité régulière.
- les femmes représentent 47% des effectifs.

Cette répartition des genres varie selon l'âge des médecins. 64% des médecins âgés de 55 ans et plus sont des hommes et sur dix médecins âgés de 60 ans et plus, trois sont des femmes.

En deçà de 55 ans, les femmes sont majoritaires et représentent 57,7% des médecins généralistes et les hommes 42,3% (respectivement 50,2% et 49,8% des médecins âgés de 40 à 59 ans, 64% et 36% des médecins de moins de 40 ans). Le rajeunissement des effectifs en médecine générale s'accompagne donc d'une féminisation de la profession.

Enfin, le nombre de médecins généralistes en activité accuse une baisse de 9,1% depuis 2007. Cette baisse est d'autant plus alarmante qu'elle concerne 93 départements de notre territoire et que les mesures cherchant à combler le déficit des zones définies comme prioritaires par les ARS n'ont eu que peu d'effets.

Selon les projections, cette tendance se confirmerait jusqu'en 2025 pour atteindre le nombre de 79 262 médecins généralistes en activité régulière.

3. Impact de la féminisation du corps médical

Si les femmes représentent la majorité des professionnels exerçant dans les champs de l'éducation, de la santé et de l'action sociale en France, ce n'est pas encore le cas en médecine. Elles sont moins représentées en médecine générale, bien qu'elles constituent 47% des médecins généralistes exerçant en France, alors qu'elle ne représentaient que 37.3% en 2004 (6).

Cette tendance devrait se confirmer. Ainsi, entre 2020 et 2025, le nombre de femmes égalerait celui des hommes, toutes spécialités confondues (7).

L'impact de la féminisation du corps médical sur le visage de la profession peut être analysé sous plusieurs angles. En effet, les femmes produisent moins de soins que les hommes (8,9) mais on observe une réduction de cette différence, qui si elle se poursuivait à ce rythme, aboutirait à une égalité de l'activité moyenne entre hommes et femmes à l'horizon 2020 (8). Il n'en demeure pas moins que les femmes ont remis en cause l'éthos traditionnel de la profession médicale, classiquement représenté par l'image du médecin corvéable à merci. Ainsi, « *malgré une augmentation des durées objectives de travail des médecins des deux sexes, on observe de nombreux signes discursifs de rejet à l'égard des rigidités temporelles de l'exercice médical, aussi bien du côté de certains hommes, plutôt des jeunes générations, que du côté de certaines de leurs homologues féminins* » comme le résume Lapeyre (10).

4. L'emploi du temps des médecins généralistes libéraux : une nébuleuse d'activités variées

Les médecins généralistes libéraux travaillent entre 53 et 60 heures par semaine en comptant toutes leurs activités professionnelles (11). Il existe de grandes disparités de temps de travail entre médecins. L'âge et le genre des médecins, leur lieu d'installation et l'exercice d'activités médicales hors cabinet (AMHC) influencent de manière variable cette durée.

Au delà de la mesure du temps de travail, dont la précision reste relative compte tenu de la complexité méthodologique que cette démarche implique, les études relèvent la grande diversité des activités et des tâches quotidiennes des médecins généralistes libéraux.

L'activité résultant des consultations et des visites que les praticiens effectuent dans le cadre strictement libéral représenterait un peu moins de 60% de leur temps de travail hebdomadaire. Les conseils téléphoniques, la lecture du courrier, la mise à jour des dossiers médicaux, le traitement de la « paperasse » ou encore le secrétariat voire l'entretien des locaux professionnels sont autant de tâches qui affectent le temps médical disponible (11).

En marge des activités directement liées à l'exercice libéral, la formation continue et l'accueil des étudiants apparaissent comme des actions nécessaires dans une profession en perpétuelle évolution. La formation, encadrée par la loi HPST de 2009, s'inscrit dans une démarche de développement professionnel continu obligatoire pour les médecins et l'encadrement des étudiants en médecine répond à la nécessité de transmettre les savoir-faire et révéler le visage d'une profession mal connue des futurs praticiens et encore aujourd'hui souvent dépréciée dans les facultés de médecine (12).

Enfin, de nombreux généralistes exercent leurs compétences en dehors des murs du cabinet libéral que ce soit en participant à la permanence des soins ambulatoires, en pratiquant une activité salariée ou encore en intervenant auprès d'associations de médecins ou tout autre organisme associatif.

5. Souffrance professionnelle et perception de la charge de travail

Décrit comme une pathologie de la relation d'aide chez les médecins, le burn out, se traduit par un syndrome d'épuisement professionnel. Il est bien souvent l'expression d'un déséquilibre entre le niveau de stress auquel sont confrontés les praticiens et les moyens dont ils disposent pour y faire front (13-16). Les auteurs s'accordent à désigner la charge de travail comme l'un des facteurs favorisant ce stress.

Ces observations sont nuancées par la représentation que chaque médecin peut avoir d'une pratique qui lui paraît efficiente ou non (2).

Dans sa thèse d'exercice, H. Mur-Bacquer constate que les activités des médecins généralistes sont variées. Elles s'articulent dans un emploi du temps qui est propre à chacun et qui dépend de leurs contraintes professionnelles, mais aussi de leur personnalité (17).

Elle met en évidence plusieurs types d'organisation dans la façon dont les médecins traitent leurs tâches professionnelles:

- certains médecins « *préfèrent ne pas être interrompus, quitte à accumuler quelques demandes qu'ils devront traiter le soir* »,
- d'autres « *préfèrent gérer les demandes au fur et à mesure plutôt que de les accumuler* »,
- enfin, certains médecins vont attribuer à chaque tâche un temps qui lui est dédié à certains moments de la journée.

Elle distingue, par ailleurs, deux situations qui tendent à s'opposer :

- celle où le médecin maîtrise un emploi du temps qui a été réfléchi, ou modifié selon les contraintes de la pratique quotidienne,
- celle où le médecin n'attribue que peu voire aucun temps propre aux tâches annexes.

Elle ajoute que si le ressenti des médecins pour une même charge de travail est très différent d'un praticien à l'autre, globalement, « *la charge de travail est*

mieux vécue lorsqu'un temps est donné à chaque tâche » sur l'organisation de l'emploi du temps.

6. Objectif de notre étude

Les différents travaux dont nous avons énoncé les caractères principaux parviennent à dessiner, selon un trait plus ou moins fin, l'emploi du temps des médecins généralistes libéraux et l'organisation de leur pratiques. Toutefois ils ne nous permettent pas de nous faire une idée de la manière dont les médecins articulent au quotidien les nombreuses tâches associées à l'exercice de la médecine générale. C'est aussi précisément le cadre majoritairement libéral de cette profession qui rend toute approche complexe tant sur le plan méthodologique que dans l'interprétation des informations collectées.

Il n'est pas question dans ce travail d'étudier le ressenti des médecins ni les représentations qu'ils ont de leur pratique.

Notre objectif est d'observer l'organisation même des modalités selon lesquelles les généralistes traitent certaines des tâches qui composent leur exercice quotidien. Ainsi ce travail s'intéresse à la façon dont ces activités s'articulent entre-elles.

L'objectif secondaire est de mettre en évidence de possibles différences d'organisation selon le genre, l'âge et le cadre d'installation des médecins interrogés.

MATERIEL ET METHODE

1. Méthodologie de la recherche bibliographique

a. Les sources d'informations interrogées

L'essentiel de la recherche des données de la littérature a été effectué sur Internet. Les sources de renseignements principales que nous avons utilisées sont les suivantes :

- le moteur de recherche Google©,
- le moteur de recherche de l'Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST),
- la Banque de Données en Santé Publique (BDSP) de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP),
- le site de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
- le site de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé (IRDES).

Parallèlement à ces recherches sur Internet, nous nous sommes appuyés sur l'œuvre de Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer « Singuliers généralistes, Sociologie de la médecine générale » afin de mieux comprendre les évolutions sociologiques de la discipline et ainsi mieux appréhender les comportements de ses protagonistes.

b. Les mots-clés employés

Les recherches se sont articulées autour des mots-clés suivants :

- médecins généralistes libéraux,
- temps de travail, durée de travail hebdomadaire, emploi du temps, organisation,
- conditions de travail, épuisement professionnel, burn out.

2. Définition de la population étudiée

Notre étude s'adresse aux médecins généralistes libéraux, qu'ils aient une activité salariée (exercice mixte) ou non (exercice libéral exclusif).

Dans cette optique, nous voulions interroger le plus grand nombre possible de médecins sur l'ensemble du territoire afin d'approcher les effectifs des échantillons définitifs de plusieurs études antérieures observant les pratiques des médecins généralistes libéraux. Pour des raisons pratiques de coût et de délai, nous avons choisi un **échantillonnage de convenance**. Dès lors le souci de représentativité n'était pas la priorité.

Les critères d'inclusion sont :

- exercer la spécialité de médecine générale,
- avoir un exercice libéral ou mixte,
- être en activité régulière.

Le mode de diffusion que nous détaillons plus bas ne nous a pas permis d'exclure les médecins ayant un mode d'exercice particulier exclusif avec certitude.

3. Choix d'un questionnaire auto-rempli

L'objectif principal est d'étudier de façon quantitative les modalités d'organisation des tâches professionnelles des médecins généralistes libéraux. Nous avons donc élaboré un questionnaire auto-rempli en ligne à l'aide de la plateforme Google Forms®.

Notre choix s'est porté sur une étude quantitative dans le but de mesurer la fréquence de différents comportements relevés dans les enquêtes qualitatives précédentes effectuées par J. Micheau et coll. « L'Emploi du temps des médecins libéraux, Diversité objective et écarts de perception des temps de travail » et H. Mur-Bacquer pour sa thèse d'exercice « Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : Organisation et représentations ».

Le choix d'un questionnaire à renseigner en ligne permet une instantanéité du recueil des réponses afin de pouvoir traiter les informations collectées dans des délais rapides.

4. Elaboration du questionnaire (questionnaire en Annexes)

Nous avons conçu un questionnaire auto-rempli de 30 questions interrogeant plusieurs aspects descriptifs de la population étudiée et certaines composantes de leur pratique quotidienne.

Les questions ont été ordonnées afin de rendre la lecture et le renseignement du questionnaire le plus naturel et fluide possible.

Toutes les questions devaient être obligatoirement renseignées afin d'exclure les informations parcellaires.

Les questions ont été élaborées en se fondant sur les questionnaires des panels d'observation des pratiques et conditions de travail, ainsi que sur les données descriptives issues des travaux réalisés sur le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations.

Les variables mesurées sont réparties selon 4 catégories:

Les variables utilisées afin de caractériser la population de l'étude :

- le genre,
- l'âge,
- la situation familiale (statut de couple),
- la présence d'enfant scolarisé dans le primaire ou le secondaire,
- l'année de soutenance de la thèse,
- l'année d'installation.

Ces variables sont mesurées par :

- 2 questions fermées à réponse unique, souvent dichotomique (genre, statut de couple, enfant scolarisé, bassin d'exercice et type de cabinet),
- 4 questions ouvertes à réponse courte (âge, année d'obtention du diplôme et année d'installation).

Les variables utilisées afin de décrire le cadre d'exercice :

- le bassin d'exercice (urbain, semi-urbain ou rural),
- le type de cabinet (individuel ou groupe/société),
- le nombre de médecins généralistes exerçant dans le cabinet du médecin répondant.

Ces variables sont mesurées par :

- 2 questions fermées à réponse unique, souvent dichotomique (bassin d'exercice et type de cabinet),
- 1 question ouverte à réponse courte (nombre de MGL du cabinet),

Les variables descriptives de l'activité des médecins :

- le nombre moyen de consultations par semaine,
- le nombre moyen de visites par semaine,
- le temps de travail hebdomadaire,
- l'exercice d'une activité salariée,
- l'exercice d'une activité auprès d'associations professionnelles,
- le statut de MSU,
- la participation à la permanence des soins ambulatoires.

Ces variables sont mesurées par :

- 3 questions fermées à réponse unique graduée (nombre de consultations et visites par semaine, temps de travail hebdomadaire),
- 3 questions semi fermées à réponses multiples comprenant une option « autre » permettant au répondant de préciser ses réponses (activités hors cadre libéral, permanence des soins).

Les variables décrivant les modalités d'organisation des tâches professionnelles :

- le choix du type de secrétariat,
- le mode de consultation choisi,
- la fréquence des rendez-vous sur l'agenda professionnel,
- la durée de la pause déjeuner

- l'aménagement de pauses au sein des plages de consultation,
- la gestion des patients non attendus, au sein des plages de rendez-vous,
- les modalités d'effectation des visites à domiciles,
- les modalités de traitement des appels téléphoniques,
- les circonstances de traitement du courrier professionnel,
- les moyens employés pour le Développement Professionnel Continu (DPC),
- les circonstances de lecture de la presse scientifique,
- les modalités de traitement de la comptabilité,
- les modalités de réception des visiteurs médicaux.

Ces variables sont mesurées par :

- 4 questions fermées à réponses multiples (secrétariat, effectation des visites, lecture du courrier, réception des représentants médicaux),
- 1 question fermée à réponse unique dichotomique (pauses programmées entre les consultations),
- 5 questions fermées à réponse unique (mode de consultation, fréquence des rendez-vous, durée de la pause déjeuner)
- 4 questions semi fermées à réponses multiples dont une option « autre » permettant de préciser la réponse (activités salariées, activités associatives, modalités de DPC et lecture de la presse).

5. Diffusion du questionnaire

Nous avons contacté par courriel les **104 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins** de France afin de leur demander de diffuser par voie de "mailing" le lien renvoyant au questionnaire en ligne.

Au total 13 CDOM ont accepté de diffuser le lien du questionnaire:

- les conseils de l'Ain, de l'Aube, de la Charente Maritime, du Loiret et des Pyrénées Atlantiques ont inséré une annonce contenant le lien sur leur site internet,
- les conseils de l'Aude, de la Creuse, de L'Ille-et-Vilaine, du Lot, du Morbihan, de la Nièvre, de la Vienne et du Var ont envoyé un mail à

l'ensemble des médecins généralistes libéraux de leur département ayant accepté de recevoir ce type de sollicitation.

Nous connaissons le nombre exact de destinataires pour les 8 départements qui ont diffusé le lien par mail : **455** dans l'Aube, **50** dans la Creuse, **658** dans l'Ille-et-Vilaine, **137** dans le Lot, **486** dans le Morbihan, **110** dans la Nièvre, **51** dans la Vienne, et **373** dans le Var.

Finalement, **2320** médecins généralistes libéraux ont été récipiendaires du courriel à notre connaissance.

Parmi les CDOM qui n'ont pas donné de réponse favorable, certains ont refusé de diffuser le questionnaire pour des raisons matérielles, logistiques ou encore juridiques et d'autres ne pouvaient pas se prononcer positivement dans un délai compatible avec les délais de réalisation de l'étude. 64 conseils départementaux n'ont pas répondu à notre courriel.

Ce courriel spécifiait de ne diffuser le lien qu'aux médecins généralistes libéraux **à l'exception des médecins ayant un mode d'exercice particulier exclusif** (homéopathie, mésothérapie, acupuncture, etc.)

6. Durée de mise en ligne du questionnaire et recueil des réponses

a. Durée de mise en ligne du questionnaire

Le lien renvoyant vers le questionnaire en ligne a été diffusé aux médecins généralistes le 18 octobre 2017 et il est resté actif jusqu'au 23 octobre 2017.

Les répondants ont donc eu la possibilité de valider les réponses au formulaire pendant une durée totale de 6 jours.

Le 23 octobre 2017 à 14 heures, le questionnaire a été clôturé et les médecins destinataires du courriel contenant le lien n'avaient plus la possibilité d'accéder à l'enquête. La plateforme Google Forms© permettait néanmoins aux médecins destinataires du courriel de consulter les résultats sous forme de graphiques automatiquement générés.

b. Recueil des réponses

La collecte des réponses s'est faite en temps réel, c'est-à-dire, au fur et à mesure de la validation du formulaire par les répondants.

La plateforme en ligne permettait d'exporter l'ensemble des réponses vers une feuille de calcul.

Cette méthode nous a permis d'obtenir un classement horodaté des réponses et par conséquent une identification précise de chaque répondant.

7. Méthodologie de l'analyse statistique des résultats

L'analyse statistique des résultats a été réalisée en ligne à l'aide des outils mis à disposition par le site BiostaTGV©.

Les variables qualitatives ont été comparées selon le test du khi carré et lorsque celui-ci ne s'appliquait pas, selon le test exact de Fischer.

Le test t de Student a été utilisé dans la comparaison des variables quantitatives.

RESULTATS

1. Taille de l'échantillon définitif et taux de participation

Nous avons collecté **262 réponses** au questionnaire pendant la période du 18 au 23 octobre 2017.

Comme nous l'avons vu précédemment, nous savons, de source certaine, que **2320** médecins généralistes libéraux ont été destinataires du courriel contenant le lien.

Il est impossible de quantifier le nombre de médecins ayant répondu au formulaire dans les 5 départements qui ont publié le lien sur le site du CDOM. D'ailleurs, nous ne pouvons pas connaître le nombre de médecins généralistes libéraux ayant eu accès à notre questionnaire. En effet, aucune donnée n'existe sur les taux de visites des sites des CDOM par les médecins.

D'autre part, nous ne pouvons savoir avec certitude si tous les médecins ayant répondu au questionnaire par l'intermédiaire du lien publié sur les sites internet étaient des médecins généralistes libéraux.

Si l'on considère comme négligeable la part de ces médecins dans le nombre total de réponses collectées, nous pouvons estimer un **taux de participation de 11,3%** au mieux.

Les 262 réponses représentent **0,47% des 55 469** médecins généralistes ayant un exercice libéral ou mixte, en activité régulière en France (3).

2. Caractéristiques socio-démographiques et cadre d'exercice des médecins répondants

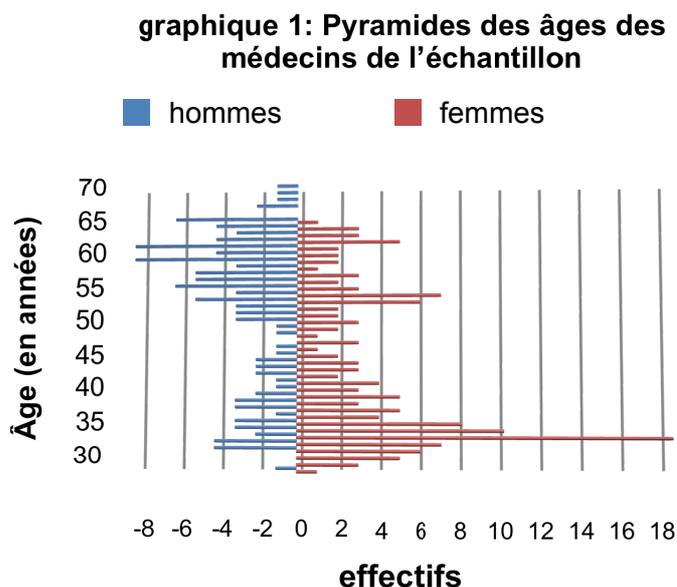
146 femmes (56%) et **116** hommes (44%) ont répondu au questionnaire.

La **moyenne** d'âge des médecins de notre échantillon est de **46,7 ans** et l'**âge médian** est de **47 ans**.

38,5% (n=101) des répondants sont **âgés de moins de 40 ans**.

19% (n=50) sont **âgés de 60 ans et plus**.

Le **graphique 1** présente la pyramide des âges de l'échantillon définitif de notre enquête.



Le **tableau 1** résume les caractéristiques de la population de l'étude.

tableau 1 : Caractéristiques des répondants selon l'âge, le genre, la situation de famille, le bassin d'exercice et le type de cabinet

	Ensemble (n=262)	Hommes (n=116)	Femmes (n=146)	p-value ns= non significatif
Moyenne d'âge	46,7 ans	51,7 ans	42,8 ans	< 0,01
Âge médian	47 ans	55 ans	39 ans	
En couple	90,5% (n=237)	93,1% (n=108)	88,3% (n=129)	ns
Enfant(s) scolarisé(s)	42,7% (n=112)	32,7% (n=38)	50,7% (n=74)	0,01
Année médiane Doctorat	2000	1991	2009	< 0,001
Année médiane d'installation	2004	1993	2010	< 0,001
Exerce en bassin urbain	31,7% (n=83)	35,3% (n=41)	28,7% (n=42)	ns
Exerce en bassin semi- urbain	41,2% (n=108)	35,3% (n=41)	45,9% (n=67)	ns
Exerce en bassin rural	27,1% (n=71)	29,3% (n=34)	25,3% (n=37)	ns
Cabinet de groupe	79% (n=206)	74,1% (n=86)	82,2% (n=120)	ns
Cabinet individuel	21% (n=56)	25,9% (n=30)	17,8% (n=26)	ns

expérience des médecins (nombre d'années d'exercice depuis la thèse)

Le **tableau 1a** compare l'expérience des médecins selon le genre, le bassin d'exercice et le type de cabinet

tableau 1a : expérience des médecins selon le genre, le bassin d'exercice et le type de cabinet

	expérience moyenne (nb d'années depuis la thèse)	médiane	p-value (ns=non significatif)
effectif total (n=262)	17,3 ans	17 ans	
hommes (n=116)	22,3 ans	26 ans	< 0,01
femmes (n=146)	12,3 ans	9 ans	
Exerce en bassin urbain	18,9 ans	20 ans	ns
Exerce en bassin semi-urbain	16 ans	14 ans	
Exerce en bassin rural	17,4 ans	19 ans	
Cabinet de groupe	15,3 ans	11 ans	< 0,01
Cabinet individuel	24,8 ans	26 ans	

bassin d'exercice et type de cabinet

Le **tableau 1b** compare le type de cabinet selon le bassin d'exercice

tableau 1b : type de cabinet selon le bassin d'exercice

	cabinet individuel	cabinet de groupe	p
bassin urbain	28% (n=23)	72% (n=60)	<0,05
bassin semi-urbain	16% (n=17)	84% (n=91)	
bassin rural	23% (n=16)	77% (n=55)	ns

Le **tableau 1c** compare les bassins d'exercice et le type de cabinet selon l'âge des médecins

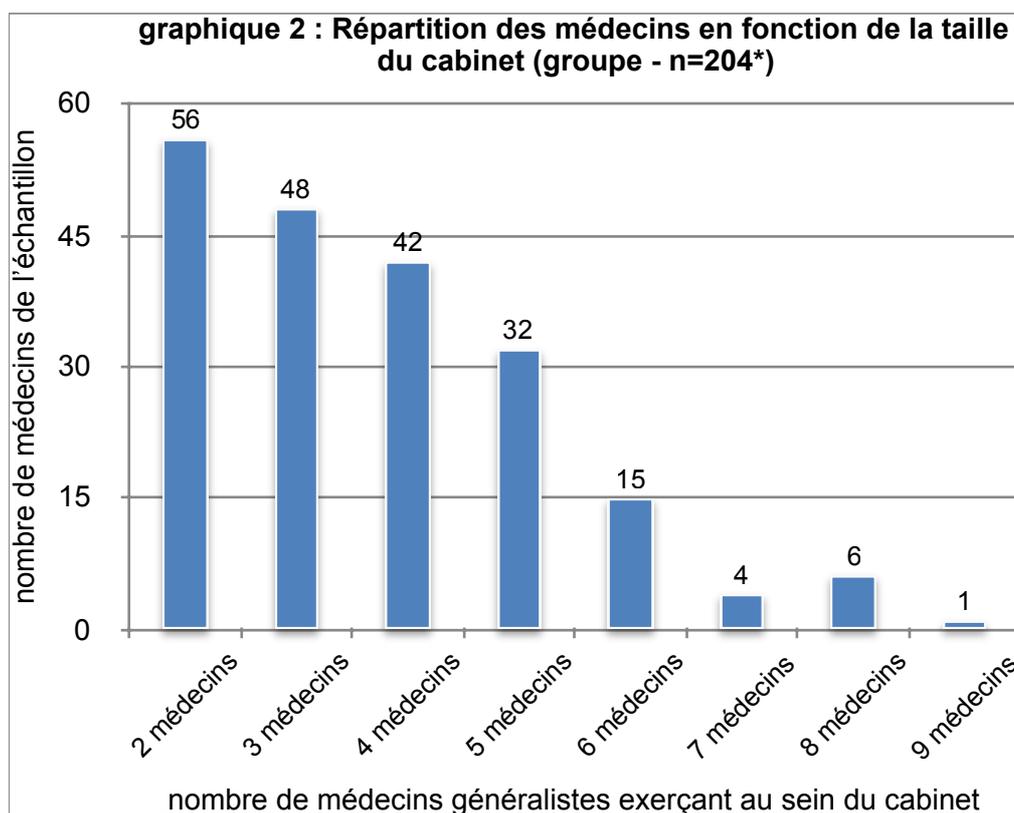
tableau 1c : bassin d'exercice et type de cabinet selon l'âge des médecins

	moins de 40 ans	60 ans et plus	p
bassin urbain	27% (n=27)	40% (n=20)	0,09
bassin semi-urbain	44% (n=45)	34% (n=17)	0,2
bassin rural	29 % (n=29)	26% (n=13)	0,7
cabinet individuel	5% (n=5)	38% (n=19)	<0,01
cabinet de groupe	95% (n=96)	62% (n=31)	

taille du cabinet (cabinet de groupe)

Le **graphique 2** représente la répartition des médecins exerçant en cabinet de groupe selon la taille du cabinet (nombre total de médecins généralistes exerçant en son sein):

La taille médiane des cabinets de groupe est de 3 médecins.



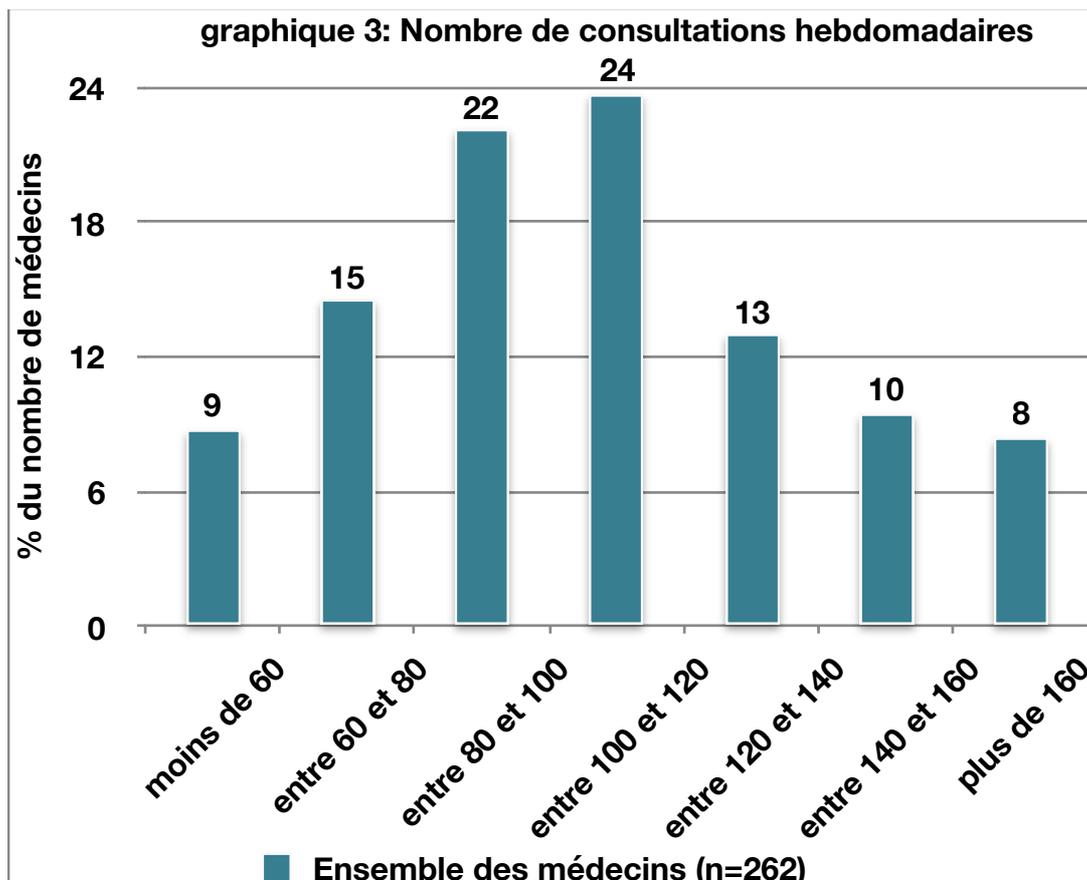
Commentaires:

*2 médecins ont précisé exercer en regroupement « SOS médecins », 1 n'a pas renseigné le nombre de MGL exerçant au sein du cabinet et l'autre a répondu « 45 ». Ils n'ont pas été pris en compte dans le calcul de la taille médiane.

3. Nature et volume des activités des médecins

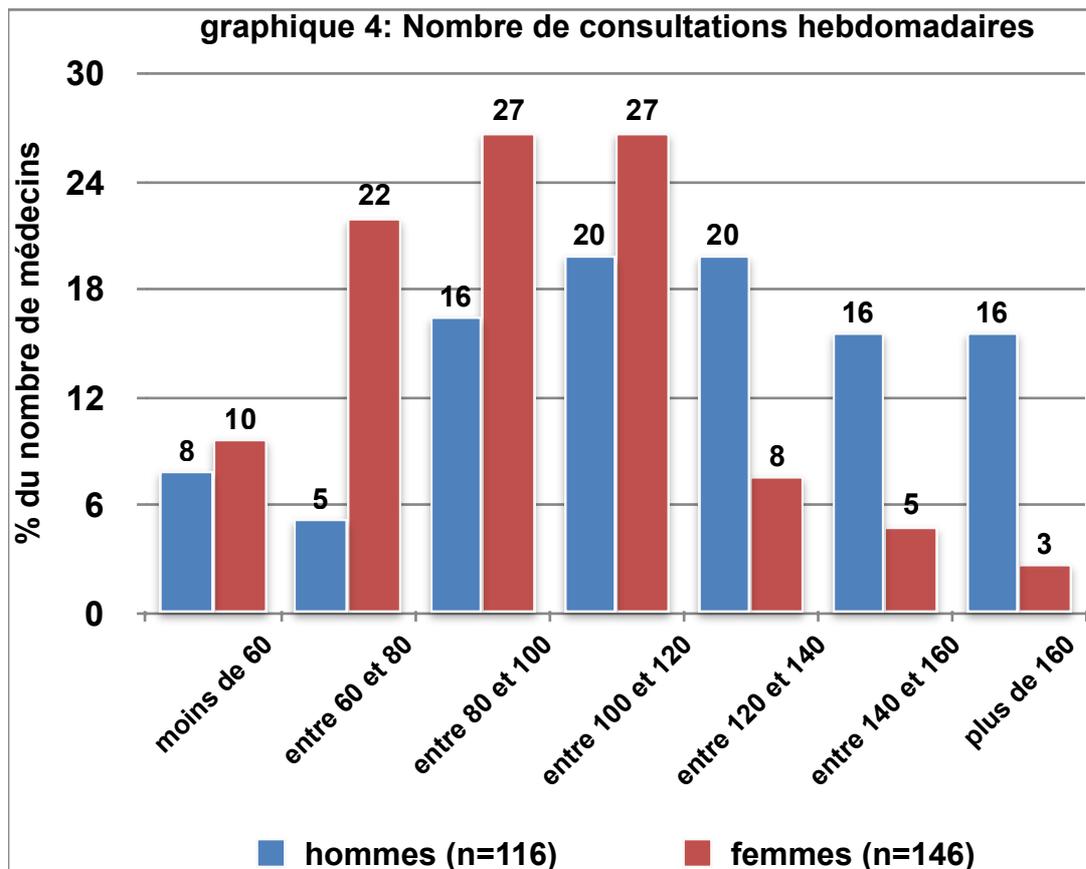
Nous entendons par « volume d'activité », le nombre d'actes réalisés chaque semaine par les médecins (activité libérale), l'existence d'activités éventuelles en dehors du cabinet et le temps de travail hebdomadaire.

A / Nombre de consultations hebdomadaire (graphique 3):



L'intervalle médian du nombre de consultations hebdomadaires de l'ensemble de la population de l'échantillon est de **100 à 120**.

Le **graphique 4** montre la répartition par genre.



L'intervalle médian est 120 à 140 consultations hebdomadaires pour les hommes et 80 à 100 consultations pour les femmes.

Moyenne élaguée du nombre de consultations hebdomadaires

En excluant du calcul les réponses « moins de 60 » et « plus de 160 » nous pouvons calculer une moyenne élaguée du nombre de consultations hebdomadaires qui concerne 83% (n=217) des médecins de l'échantillon.

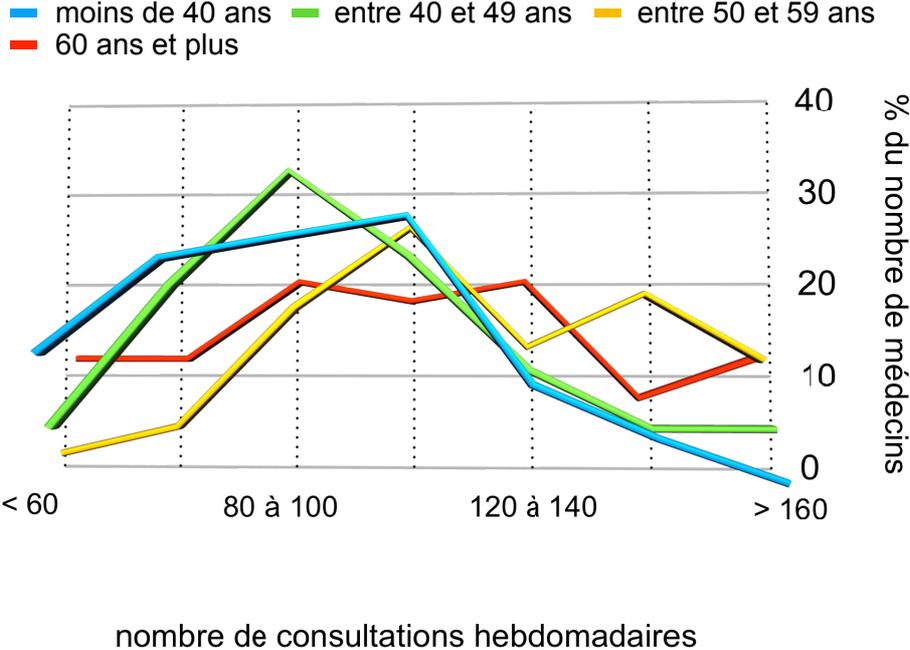
Nous obtenons, ainsi, une moyenne de **105,4 consultations hebdomadaires** (médiane = 110) :

- 116,3 pour 77% (n=89) des hommes de l'échantillon (médiane = 130),
- 97,8 pour 88% (n=128) des femmes de notre étude (médiane = 90).

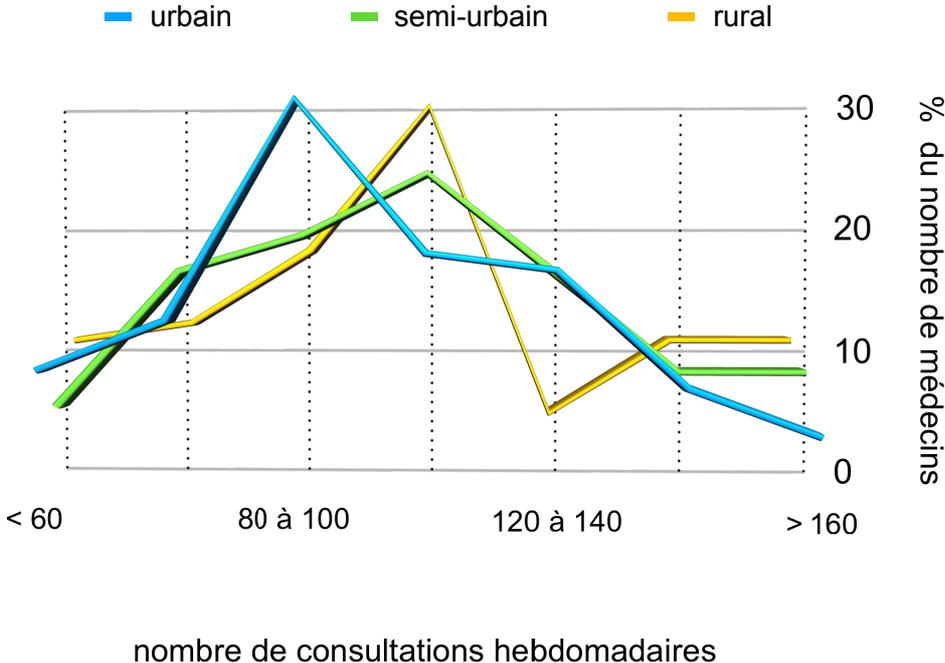
(p < 0,01 - IC95%[-24.873 ; -12.0863])

Les graphiques suivants montrent la répartition du pourcentage de médecins selon le nombre de consultations hebdomadaires qu'ils effectuent en fonction de la tranche d'âge (graphique 4.1), du bassin d'exercice (graphique 4.2) et du type de cabinet (graphique 4.3).

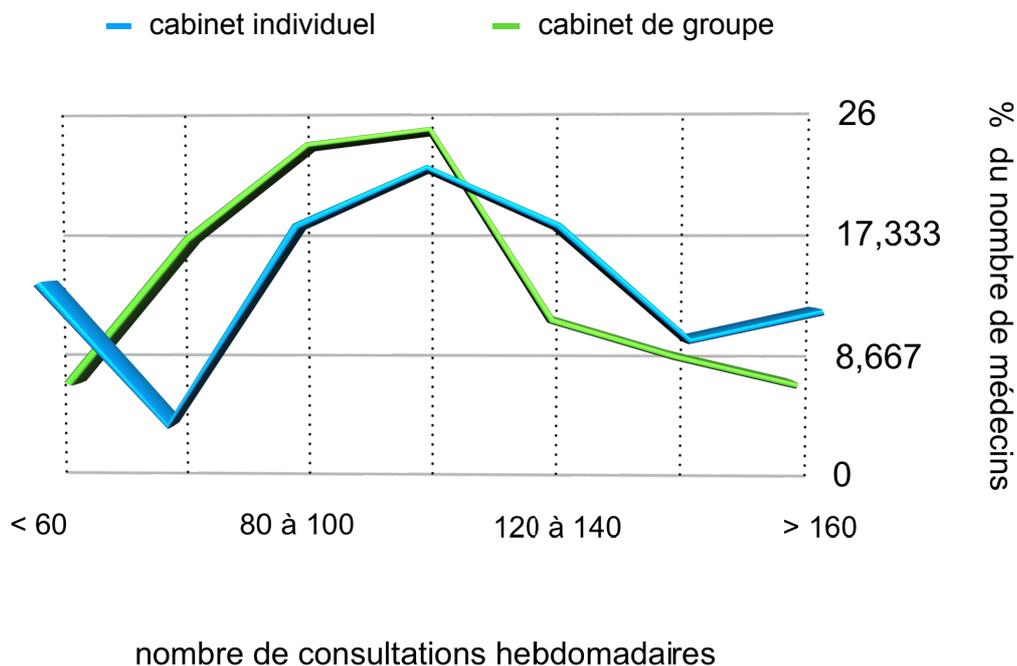
graphique 4.1 : nombre de consultations par semaine selon la tranche d'âge des médecins



graphique 4.2 : nombre de consultations par semaine selon le bassin d'exercice des médecins



graphique 4.3 : nombre de consultations par semaine selon le type de cabinet



A la question « Vous arrive-t-il d'intercaler une consultation non programmée entre deux rendez-vous ? »

A l'exception de 15 médecins qui consultent exclusivement en plage libre, les réponses sont :

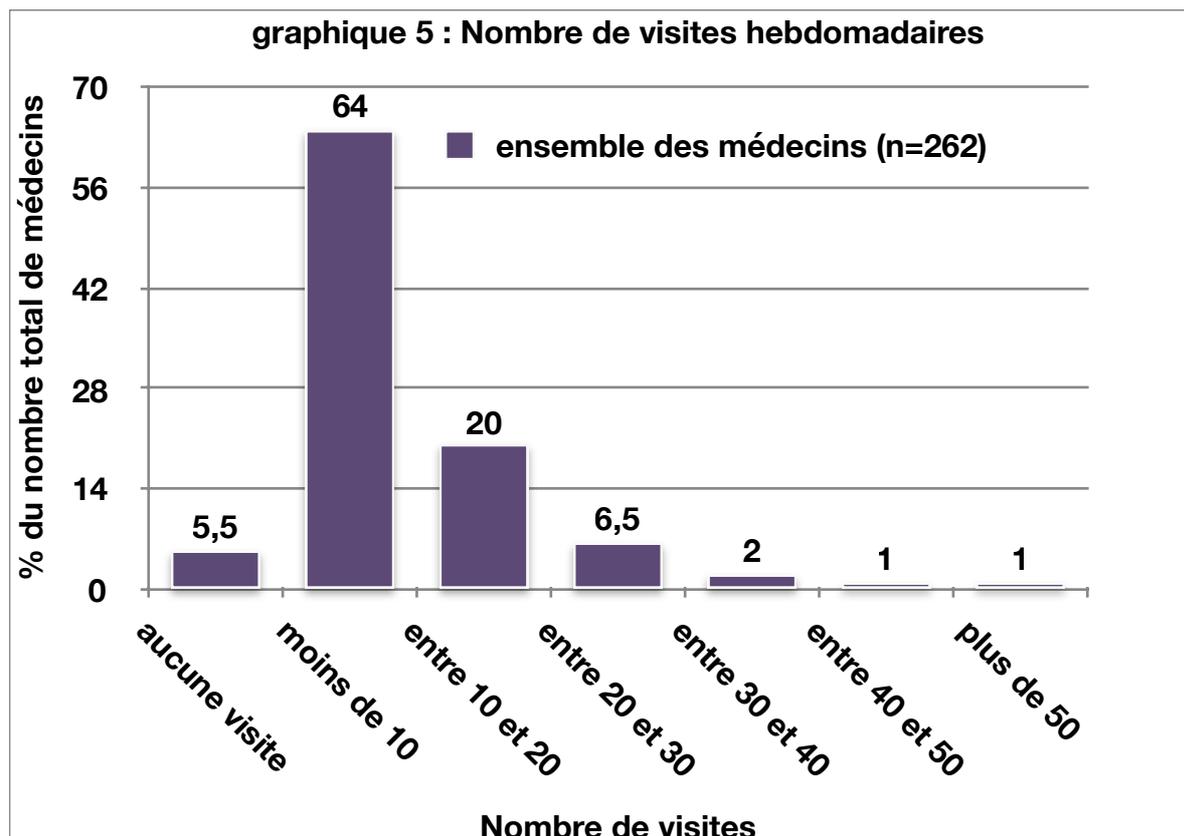
- « 1 fois par jour au plus » à 47%
- « entre 2 et 5 fois par jour » à 49%
- « plus de 5 fois par jour » pour 4% d'entre eux

B / Nombre de visites hebdomadaires (graphique 5)

L'intervalle médian est entre 0 et 10 visites par semaine pour les médecins de l'échantillon.

Commentaires:

Pour la réalisation du **graphique 5**, nous avons agrégé les réponses « 0 » et « moins de 10 ».

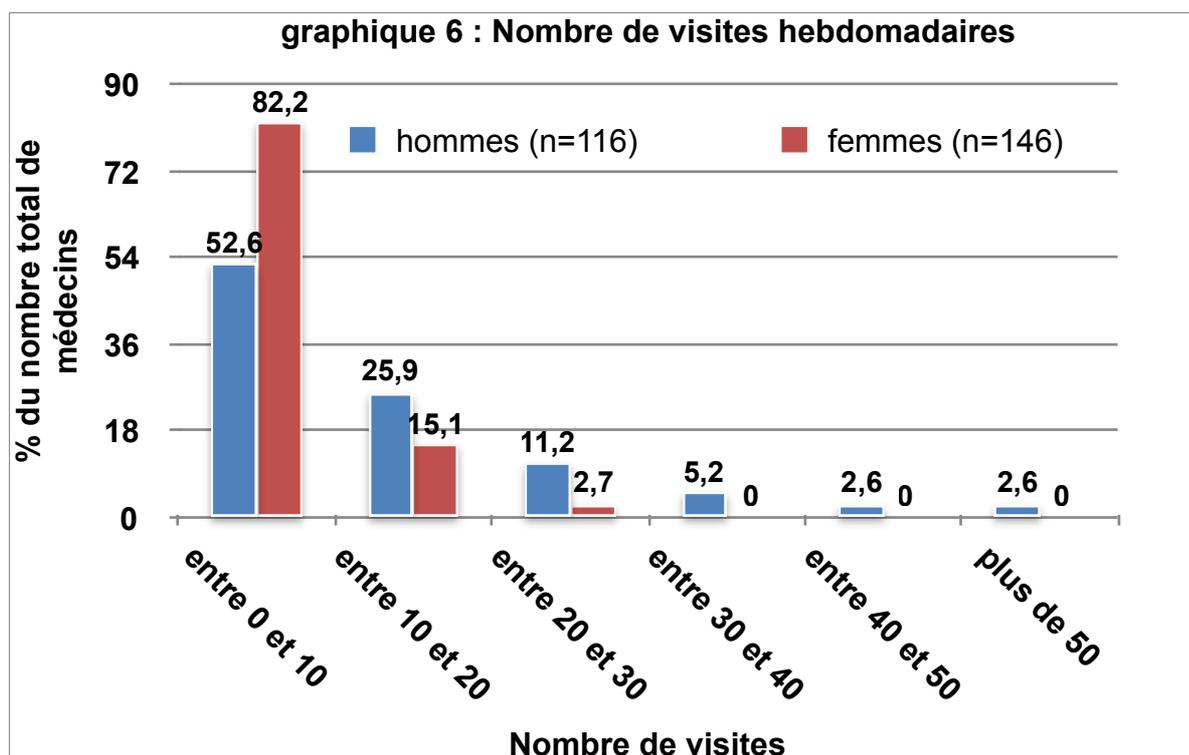


Le questionnaire a permis de distinguer les médecins qui déclarent ne faire aucune visite, de ceux qui en font moins de 10.

Ainsi, 14 médecins (3 hommes et 11 femmes) ont coché la réponse « 0 » et 167 la réponse « moins de 10 ».

L'intervalle médian est « entre 0 à 10 visites » par semaine pour les hommes comme pour les femmes. Cette médiane ne reflète vraisemblablement pas la différence d'activité entre les genres.

Le **graphique 6** montre la répartition par genre.



Moyenne élaguée du nombre de visites par semaine

Pour le calcul de la moyenne élaguée, nous maintenons la valeur 0 comme reflet exact des réponses données par les 14 médecins déclarant ne faire aucune visite.

La réponse « moins de 10 » devient l'intervalle « entre 1 et 10 » dont le centre est « 5,5 » et la réponse « plus de 50 » est exclue du calcul (1,2% de l'ensemble des médecins de l'étude).

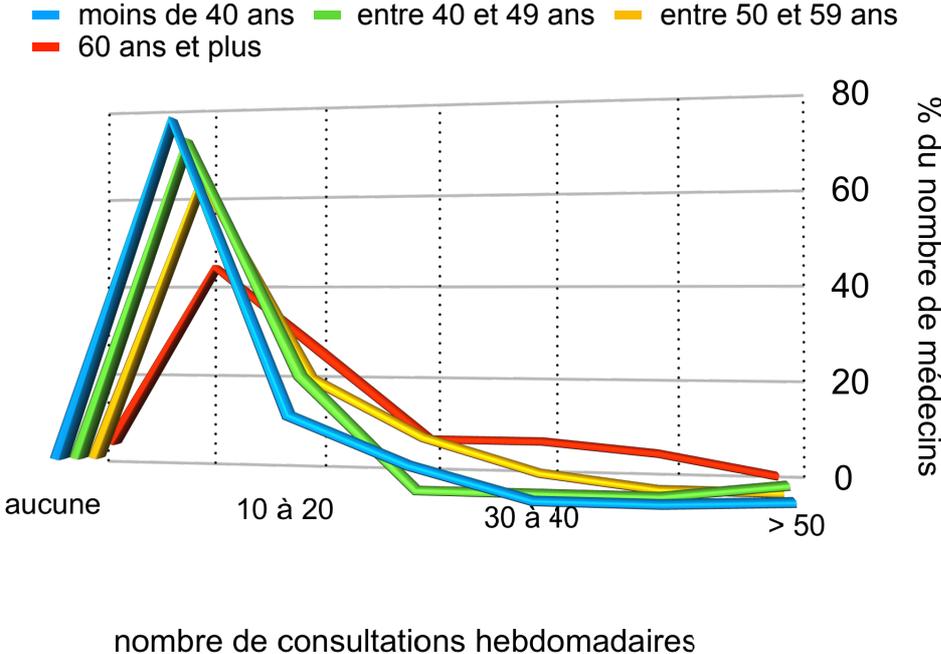
La moyenne obtenue est de **9,5** visites par semaine pour 98,2% de la population de l'échantillon.

Cette moyenne est de **12,7** visites hebdomadaires pour 97,4% (n=113) des hommes (médiane = 5,5).

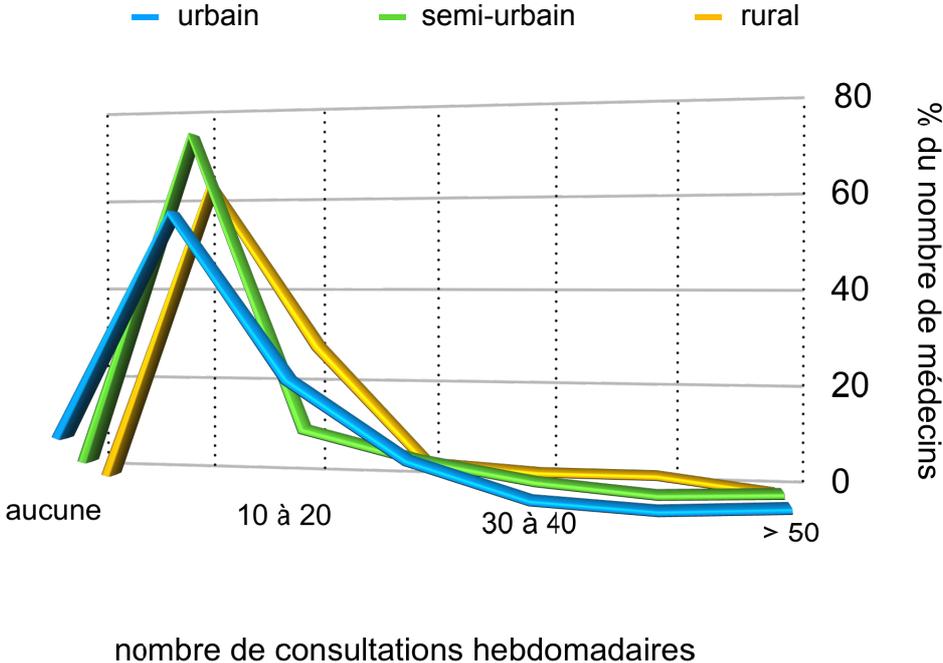
Aucune femme n'a répondu faire plus de 30 visites par semaine, la moyenne de **7** visites par semaine porte sur l'ensemble de la population féminine de l'étude. (p < 0,01 - IC95%[3.619 ; 7.7473])

Les graphiques suivants montrent la répartition du pourcentage de médecins selon le nombre de visites hebdomadaires qu'ils effectuent en fonction de la tranche d'âge (graphique 4.1), du bassin d'exercice (graphique 4.2) et du type de cabinet (graphique 4.3).

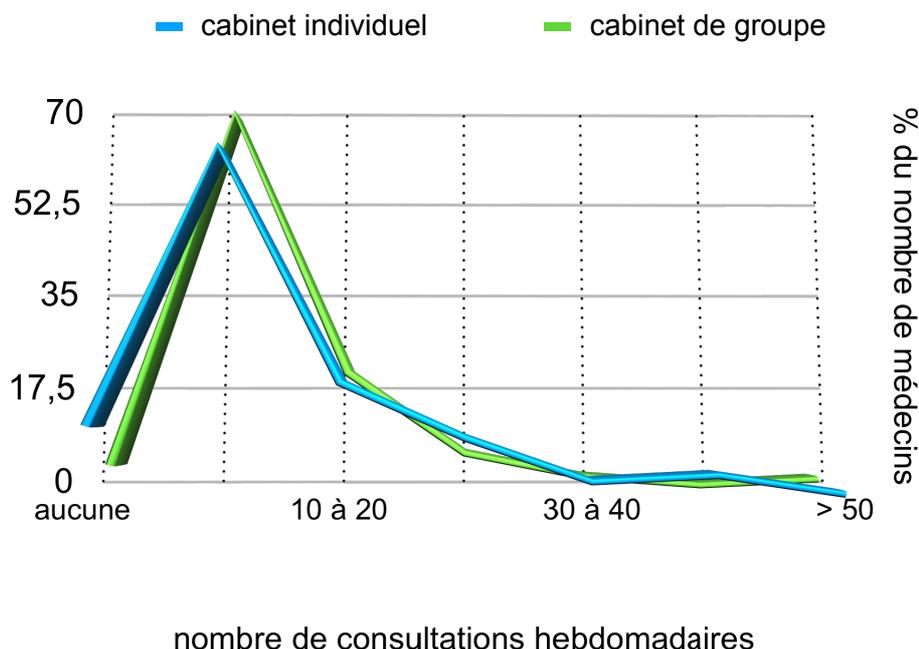
graphique 4.1 : nombre de visites par semaine selon la tranche d'âge des médecins



graphique 4.2 : nombre de visites par semaine selon le bassin d'exercice des médecins



graphique 4.2 : nombre de visites par semaine selon le type de cabinet



Estimation du nombre moyen d'actes annuels

Nous pouvons tenter une approximation du nombre d'actes réalisés chaque année par les médecins de notre échantillon en leur appliquant certaines caractéristiques des médecins du panel national de la DREES.

Nous retranchons des 52,25 semaines annuelles, les 5,3 semaines de congés que les médecins du panel prennent en moyenne chaque années et les 13 demi-journées (0,93 semaine) consacrées en moyenne à la FMC. Nous obtenons une base de 46 semaines travaillées dans l'année.

En multipliant ce chiffre par les 115,1 actes hebdomadaires réalisés, en moyenne, par les médecins de notre échantillon (105,4 consultations et 9,7 visites), nous obtenons une moyenne de **5295** actes par an.

Ce chiffre est à considérer avec détachement et prudence compte tenu des nombreuses approximations employées et des hypothèses formulées pour le calculer.

C / Activités médicales hors cabinet

Les activités médicales hors cabinet (AMHC) des médecins généralistes libéraux couvrent les activités de permanence des soins ambulatoires, mais également, les activités diverses au sein de « multiples dispositifs qualifiés de spécialisés : médecin de CPFE, médecin de centre d'orthogénie, médecin d'IMP, médecin de centre gériatrique et d'EHPAD, médecin du sport, médecin investi dans des réseaux santé ou de soins, médecin d'expertise, médecin de centre d'addictologie ou médecin d'établissements hospitaliers allant de l'hôpital local au CHU. » (16)

A ces activités, nous pouvons ajouter les activités universitaires (enseignement et MSU) ainsi que les activités auprès d'associations représentatives de professionnels de santé (instances ordinales, syndicats, sociétés savantes) ou encore au sein d'organismes associatifs.

Cette étude regroupe ces différentes activités autour de 4 variables :

- les activités salariées,
- les activités auprès d'associations représentatives de médecins,
- le statut de MSU,
- les modalités de participation à la PDSa.

1. Les activités salariées

20% (n= 53) des médecins interrogés déclarent exercer au moins une activité salariée.

Une différence selon le genre est observée :

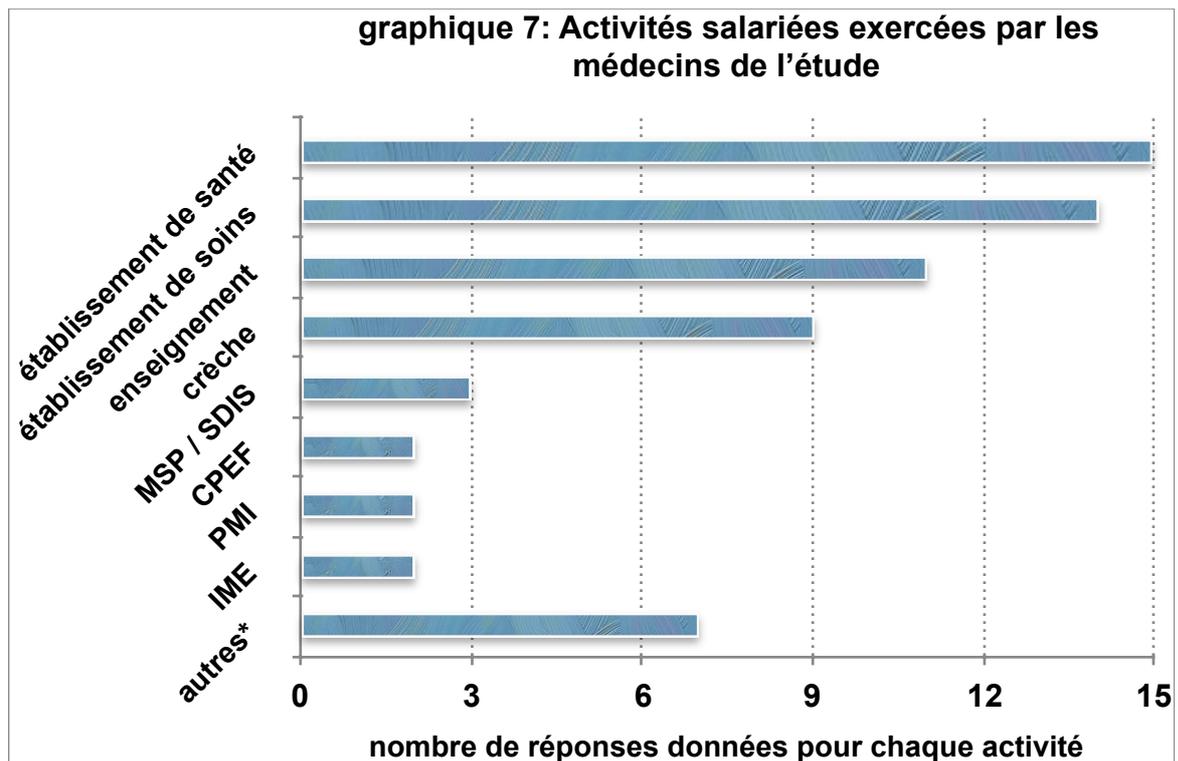
27% (n=31) des hommes ont au moins une activité salariée contre **15%** (n=22) des femmes. ($p < 0,05$ - IC95% {1,0675 ; 3,9923}).

Une différence selon l'âge est observée :

27% (n=10) des médecins âgés entre 40 et 49 ans contre **13%** (n=13) des moins de 40 ans ($p < 0,05$).

Parmi les 53 médecins exerçant un activité salariée, un médecin sur 4 exerce au moins 2 activités.

Le **graphique 7** montre la répartition des différentes activités salariées exercées par les médecins répondants.



*autres = APSP, MAS autisme, centre d'accueil pour migrants, centre d'hébergement et de réinsertion sociale pour femmes victimes de violences, médecine administrative (fonction publique), médecine militaire et médecin permis de conduire.

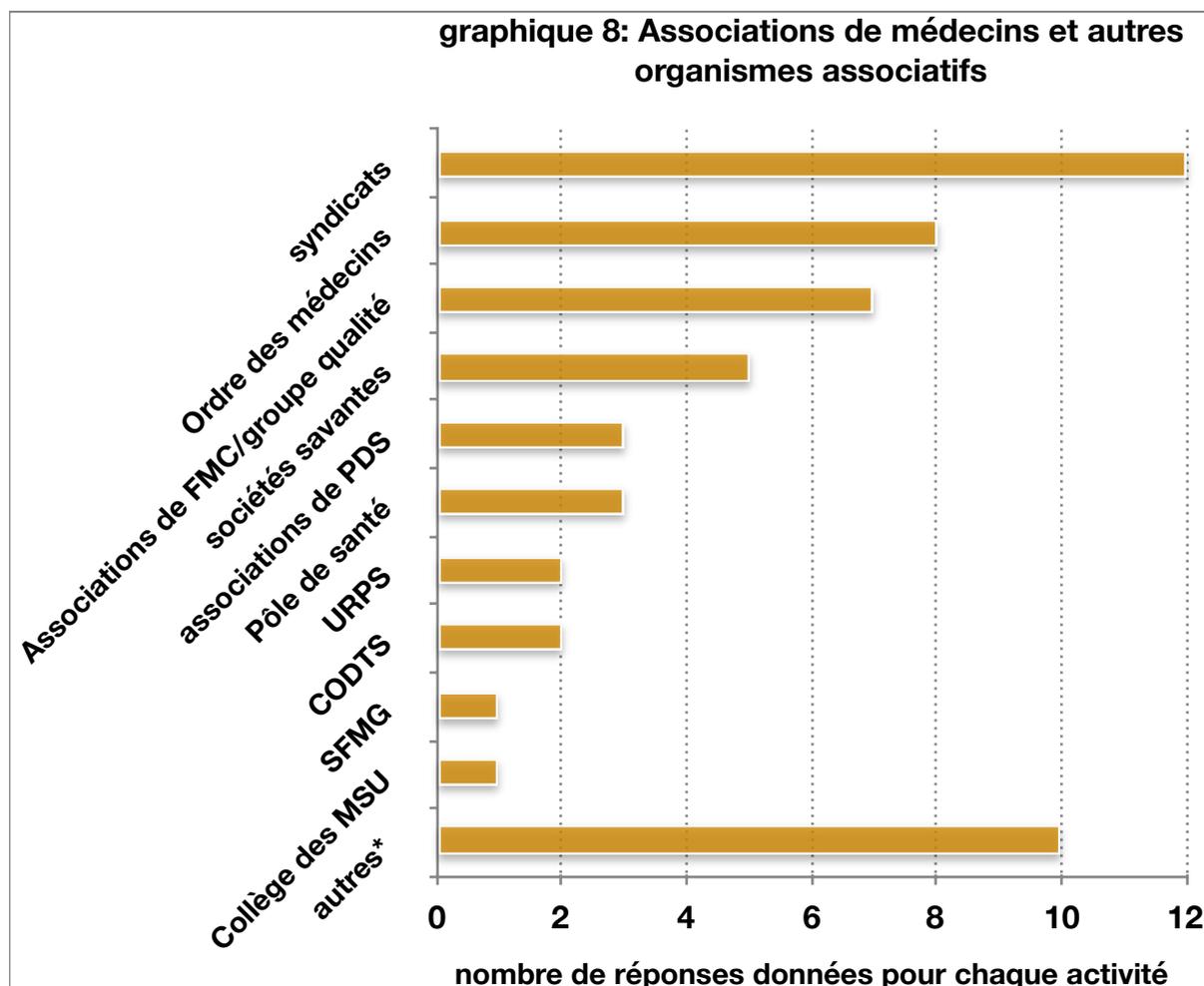
2. Les activités auprès d'associations représentatives de médecins

14,5% (n=38) des médecins de l'étude ont au moins une de ces activités :
23% (n=17) des médecins âgés entre 50 et 59 ans vs. 7% des moins de 40 ans ($p < 0,01$).

Le genre n'influe pas sur cette variable.

Sur les 38 médecins qui prennent part à ces associations, **un médecin sur trois** déclare exercer plus d'une activité.

Le **graphique 8** recense les différentes associations auxquelles les médecins prennent part.



* autres = CPTS, CPR, CPL, association de remplaçants et jeunes médecins, associations diverses (sans précision), association de professionnels de santé (sans précision), sapeur pompier, réseau de santé (alcool), et revue *Prescrire*

3. Maitrise de stage universitaire

La maitrise de stage n'est pas au sens strict une AMHC dans le sens qu'elle concerne bien un aspect de l'activité clinique du médecin. Cependant, dans la mesure où les MSU peuvent être amenés à participer à des formations, des réunions de concertation dans le cadre de collèges d'enseignants ou encore à

l'animation de séminaires et groupes d'échange pour la formation des étudiants, nous avons choisi de la classer parmi les activités exercées au delà du cadre libéral.

Un médecin de notre échantillon sur quatre (n=67) est maître de stage universitaire.

Cette fonction est exercée par 32% (n=37) des hommes de l'étude contre 20% (n=30) des femmes. ($p < 0,05$ - IC95% {0,303 ; 1,0041}).

Le **tableau 2** montre la ventilation de la part des MSU dans les effectifs selon le bassin d'exercice et le type de cabinet.

tableau 2 : Part des MSU selon le bassin d'exercice et le type de cabinet

	% MSU
en milieu urbain	19,3 %
en milieu semi-urbain	29,6 %
en milieu rural	26,7 %
khi 2	p-value=0,26
cabinet individuel	10,7 %
cabinet de groupe	29,6 %
khi 2	p-value < 0,05

Si l'analyse ne met pas en évidence de différence statistique significative selon le bassin d'exercice, nous constatons que le nombre de MSU est significativement plus élevé parmi les médecins exerçant en groupe.

4. La participation à la permanence des soins ambulatoires

Sur l'ensemble de la population de notre étude, 153 (58%) participent, sous une ou plusieurs formes à la PDSa.

Le **tableau 3** montre la participation à la PDSa selon le genre, l'âge et le bassin d'exercice des médecins de l'échantillon.

tableau 3 : Participation à la permanence des soins ambulatoires

	activité PDSa	pas d'activité PDSa
ensemble des médecins (n=262)	58,4% (n=153)	42% (n=109)
hommes (n=116)	56% (n=65)	44% (n=51)
femmes (n=146)	60% (n=88)	40% (n=58)
moyenne d'âge	44,9 ans	49,3 ans
moins de 40 ans (n=101)	81% (n=82)	19% (n=19)
hommes (n=26)	73% (n=19)	27% (n=7)
femmes (n=75)	84% (n=63)	16% (n=12)
entre 40 et 59 ans (n=111)	55% (n=61)	45% (n=50)
hommes (n=58)	57% (n=33)	43% (n=25)
femmes (n=55)	51% (n=28)	49% (n=27)
60 ans ou plus (n=50)	44% (n=22)	62% (n=31)
hommes (n=34)	38% (n=13)	62% (n=21)
femmes (n=16)	37,5% (n=6)	62,5% (n=10)
exercice urbain (n=83)	35% (n=29)	65% (n=54)
exercice semi-urbain (n=108)	65% (n=70)	35% (n=38)
exercice rural (n=71)	76% (n=54)	24% (n=17)

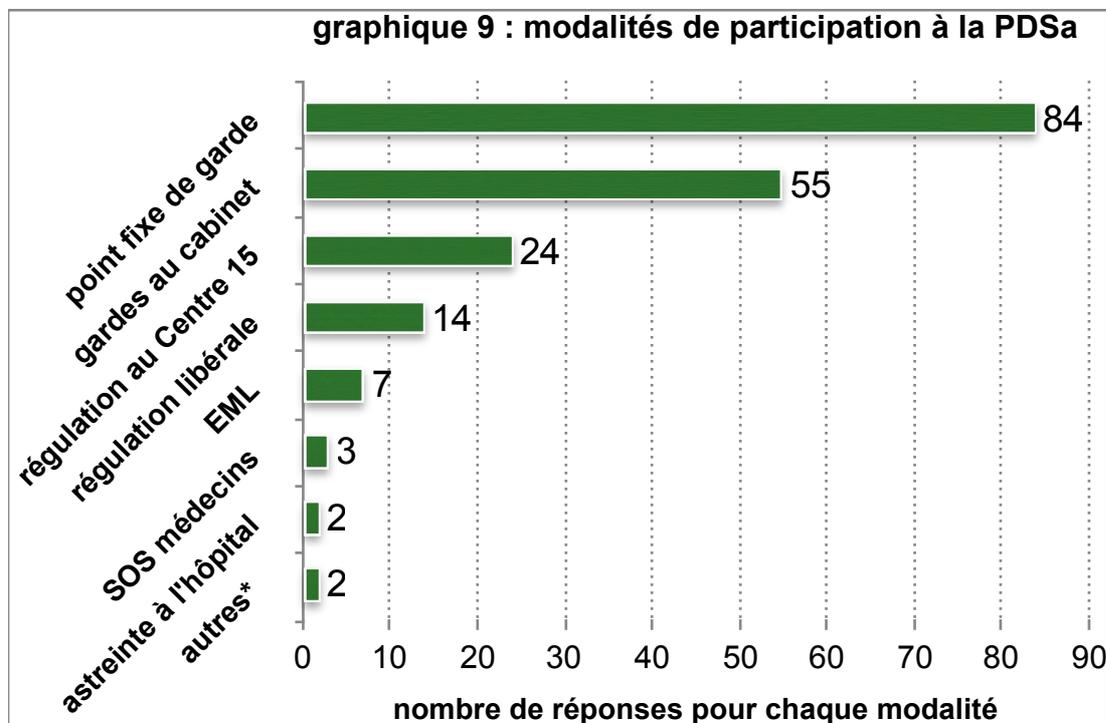
Nous n'observons pas de différence statistiquement significative après analyse de cette variable selon le genre.

La participation à la PDSa est en revanche plus élevée chez les jeunes médecins ($p < 0,01$).

Cette hypothèse est renforcée par la différence de moyenne d'âge constatée entre les médecins prenant part à la PDSa et ceux n'y participant pas ($p < 0,01$).

Enfin, les médecins exerçant en milieu urbain participent moins à la PDSa que les médecins installés en milieu rural et semi-urbain ($p < 0,01$).

Les différentes activités liées à la PDSa sont rassemblées dans le **graphique 9**.



55% ($n=84$) des médecins qui participent à la PDSa déclarent effectuer leurs gardes dans un point fixe tel qu'une Maison Médicale de Garde, 80% d'entre eux y font exclusivement leurs gardes.

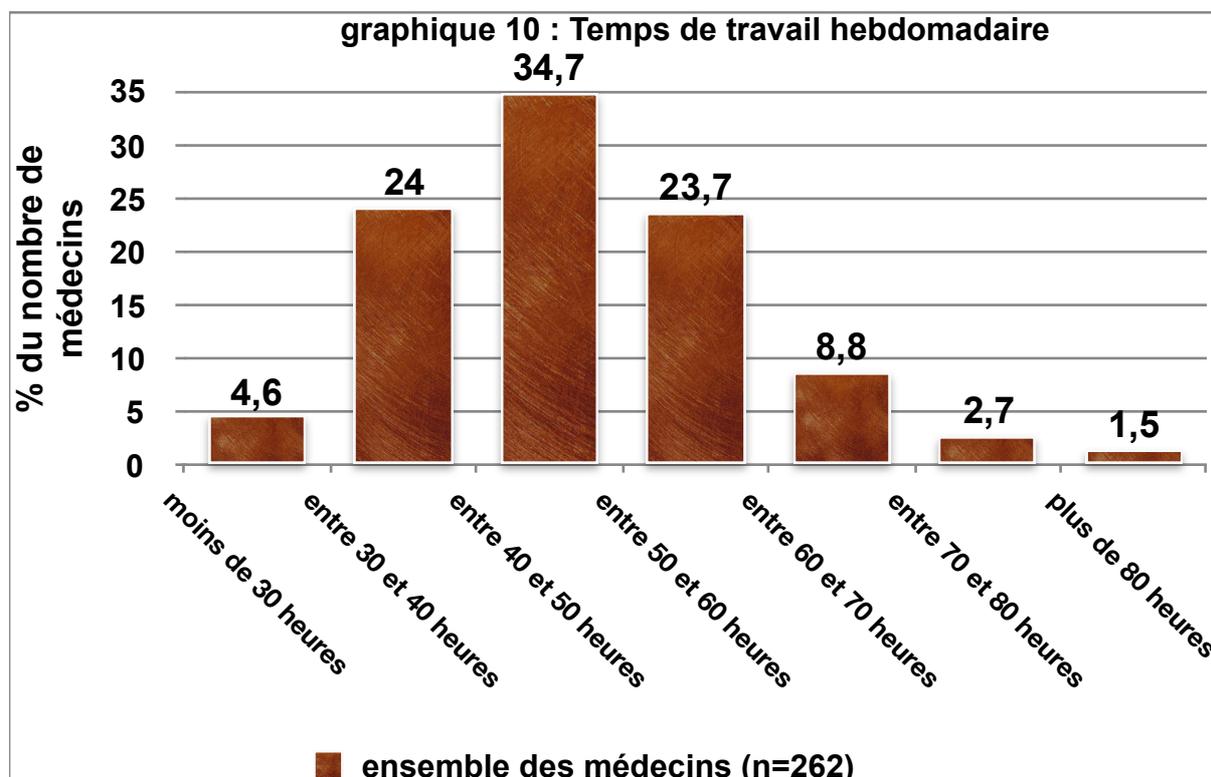
Le cabinet du médecin est le deuxième moyen le plus cité pour l'effectuation des gardes. Cela concerne plus d'un médecin sur trois (36%, $n=55$) dont 70% comme mode de garde exclusif.

D / Temps de travail hebdomadaire

58,4 % soit près de **6 médecins sur 10** travaillent entre **40 et 60 heures** par semaine, 28,6% moins de 40 heures par semaine et 13% plus de 60 heures par semaine.

L'intervalle médian est « entre 40 et 50 heures ».

Le **graphique 10** montre la répartition des médecins selon leur temps de travail hebdomadaire.



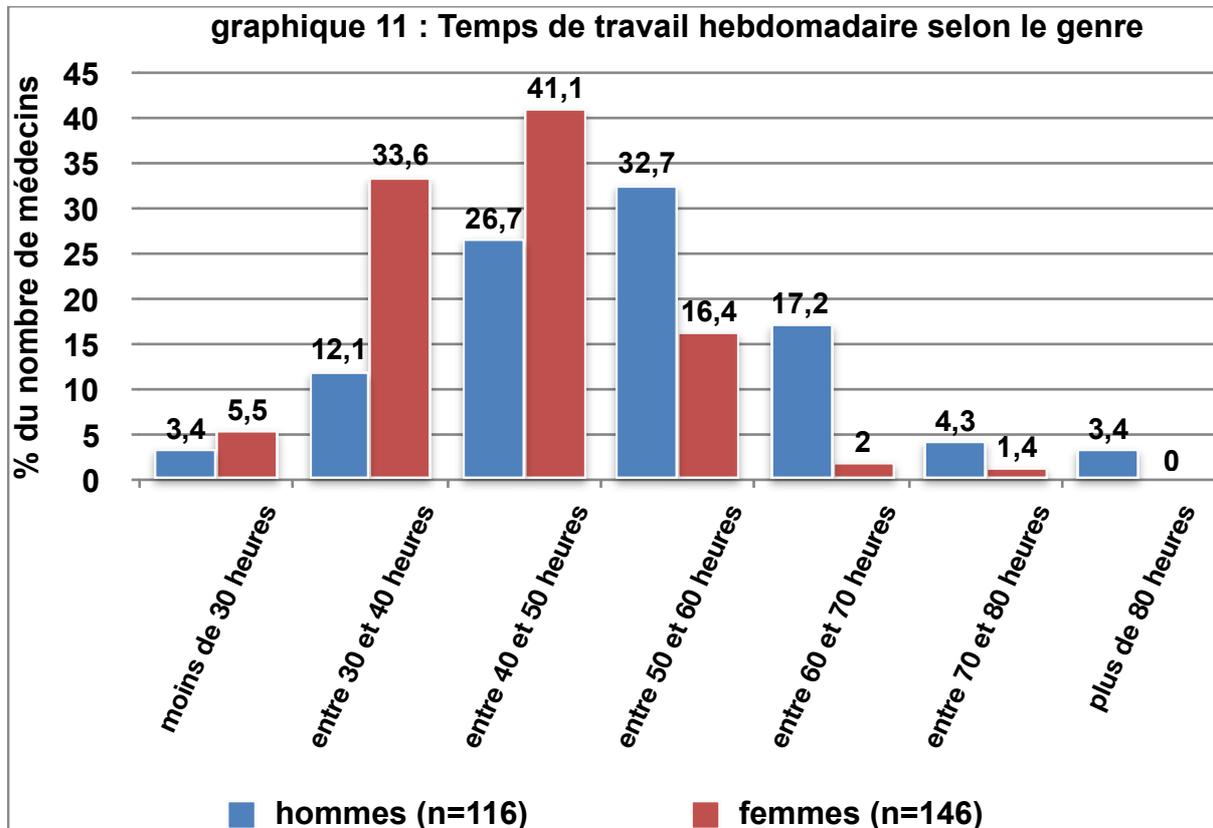
Douze médecins travaillent moins de 30 heures par semaine : 4 hommes et 8 femmes.

58% (n=67) des hommes de l'échantillon déclarent travailler 50 heures et plus par semaine contre 20% (n=29) des femmes ($p < 0,001$)

Aucune femme ne déclare travailler plus de 80 heures contre 4 hommes ($p < 0,05$).

L'intervalle médian est « entre 50 à 60 heures » de travail hebdomadaire chez les hommes et « entre 40 et 50 heures » chez les femmes.

L'observation de cette variable selon le genre est présentée par le **graphique 11**.



La **moyenne élaguée** du temps de travail hebdomadaire est de **47,7 heures** pour 94% des médecins de l'étude (médiane = 45):

- **52,3 heures** pour 93% (n=108) des hommes (médiane = 55)
- **44,1 heures** pour 94,5% (n=138) des femmes (médiane = 45).

($p < 0,001$ - IC95%[5.7864 ; 10.7273])

Le **tableau 4** rassemble les caractéristiques décrivant l'activité des médecins répondants.

tableau 4 : Synthèse des marqueurs d'activité des médecins répondants

	Ensemble (n=262)	Hommes (n=116)	Femmes (n=146)
nb de Cs par semaine	105,4	116,3	97,8
nb de V par semaine	9,5	12,7	7
nb d'heures travaillée / semaine	47,7	52,3	44,1
% médecins MSU	25,5 %	32 %	20 %
% médecins ayant une activité salariée	20 %	27 %	15 %
% médecins ayant une activité auprès d'associations	14,5 %	14,7 %	14,4 %
% médecins ayant une activité relative à la PDSa	58 %	56 %	60 %

4. Modalités d'organisation de l'activité clinique et des tâches annexes

Nous nous intéressons dans ce paragraphe à la manière dont les médecins généralistes libéraux traitent et articulent différentes tâches en lien avec leur pratique médicale.

Nous abordons ainsi:

- les modes de secrétariat choisis (présent au cabinet / à distance),
- la façon de traiter les appels téléphoniques,
- les choix opérés en terme de découpage de la journée de travail et d'organisation de l'activité clinique (les modes de consultation, la fréquence des rendez-vous, l'aménagement de pauses au sein des plages de consultation et la durée de la pause déjeuner),
- les moments choisis pour effectuer les visites à domicile,
- les temps choisis pour lire le courrier professionnel,
- les moments consacrés à la réalisation des tâches médico-administratives,
- les modalités préférentielles du DPC,
- les moments de lecture de la presse scientifique,
- les circonstances de traitement de la comptabilité,
- les moments choisis pour l'accueil de visiteurs médicaux.

A / Secrétariat

Le questionnaire proposait aux médecins de choisir parmi 4 modalités de secrétariat:

- un secrétariat physique (présence d'une ou plusieurs personnes salariées par le cabinet),
- une plateforme téléphonique (secrétariat à distance),
- le médecin s'occupe lui-même du secrétariat,
- le médecin fait appel à son conjoint.

Les répondants avaient la possibilité de sélectionner plusieurs modalités afin de décrire avec précision la façon dont ils s'organisent à ce niveau.

Le **tableau 5** montre la fréquence des différentes modalités employées par les médecins pour la gestion des tâches de secrétariat.

tableau 5 : fréquence des modalités de secrétariat selon le genre

	ensemble (n=262)
secrétariat physique	67,5% (n=177)
plateforme téléphonique	30% (n=79)
le médecin lui-même	19,8% (n=52)
le conjoint	4,1% (n=11)
<hr/>	
secrétariat physique exclusivement	53,4% (n=140)
plateforme téléphonique exclusivement	14,9% (n=39)
le médecin lui-même exclusivement	12% (n=31)
le conjoint exclusivement	1,1% (n=3)
secrétariat multimodal	18,7% (n=49)

Le **tableau 6** recense la fréquence d'emploi de chaque modalité de secrétariat selon le type de cabinet et l'âge des médecins (aux extrêmes de la pyramide des âges).

tableau 6 : fréquence des modalités de secrétariat selon le type de

	secrétariat physique	plateforme téléphonique	le médecin lui-même	le conjoint
cabinet individuel (n=56)	18% (n=10)	37,5% (n=21)	59% (n=33)	10% (n=6)
cabinet de groupe (n=206)	81% (n=167)	28% (n=58)	9,2% (n=19)	2,4% (n=5)
âgé de moins de 40 ans (n=101)	82% (n=83)	26,7% (n=27)	5% (n=5)	0
âgé de 60 ans et plus (n=50)	52% (n=26)	16% (n=8)	44% (n=22)	12% (n=6)

B / Le traitement des appels téléphoniques

A la question « Comment traitez-vous les appels téléphoniques ? »

137 médecins (52%) ont choisit la réponse « *Le secrétariat filtre les appels et me les transmet (en consultation) lorsqu'il le juge nécessaire* »,

41 (16%) ont choisi la réponse « *le secrétariat reçoit les appels, me transmet les messages puis je rappelle les correspondants entre 2 actes* »,

37 (14%) ont choisi la réponse « *je reçois tous les appels directement* »,

32 (12%) ont choisi la réponse « *le secrétariat reçoit les appels, me transmet les messages puis je rappelle les correspondants en fin de journée* »,

11 (4%) ont choisi la réponse « *le secrétariat reçoit les appels, me transmet les messages puis je rappelle les correspondants lors d'un temps dédié* »,

4 (1,5%) ont choisi la réponse « *j'utilise un répondeur que je consulte régulièrement ou lors d'un temps dédié* ».

C / Mode de consultation, fréquence des rendez-vous, pauses entre les consultations et durée de la pause déjeuner

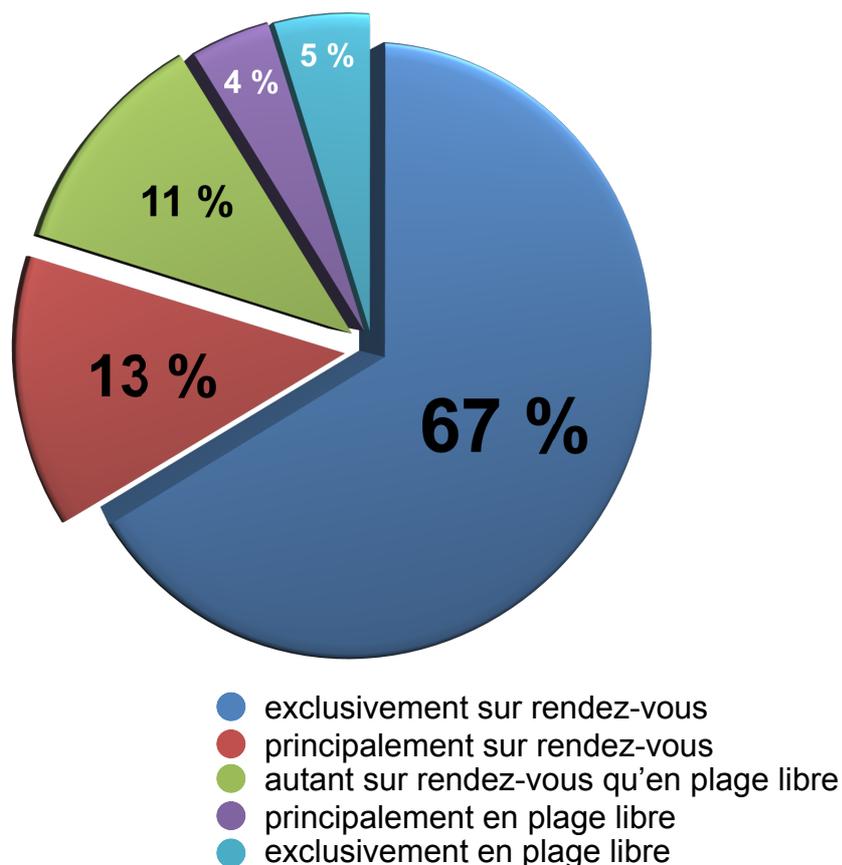
1. Mode de consultation

Deux médecins sur trois consultent exclusivement sur rendez-vous.

Les médecins qui optent pour un mode de consultation exclusivement ou principalement sur rendez-vous représentent moins de 10% des effectifs de l'échantillon.

Le **graphique 12** montre la répartition des modes de consultation au sein de la population de l'étude.

graphique 12 : Modes de consultation des répondants



Le **tableau 7** détaille la ventilation des médecins de l'échantillon par âge et type de cabinet en fonction du mode de consultation choisi.

tableau 7 : Répartition des modes de consultation

	exclusivement sur rendez-vous	principalement sur rendez-vous	autant sur rendez-vous qu'en plage libre	principalement en plage libre	exclusivement en plage libre
moins de 40 ans	77% (n=78)	15% (n=15)	5% (n=5)	2% (n=2)	1% (n=1)
40 à 49 ans	69% (n=25)	11% (n=4)	14% (n=5)	6% (n=2)	0
50 à 59 ans	70% (n=47)	9% (n=7)	9% (n=7)	3% (n=2)	9% (n=7)
60 ans et plus	42% (n=21)	18% (n=9)	20% (n=10)	8% (n=4)	12% (n=6)
cabinet individuel	48% (n=27)	11% (n=6)	23% (n=13)	7% (n=4)	11% (n=6)
cabinet de groupe	72% (n=149)	14% (n=29)	7% (n=14)	3% (n=6)	4% (n=8)

Le mode « exclusivement sur rendez-vous » majoritaire, est plus fréquent chez les médecins de moins de 40 ans (77%) que les médecins de 50 ans et plus (comparativement avec les « 60 ans et plus » $p=0,012$, comparativement avec les « 50 à 59 ans » $p=0,03$).

Il est également plus fréquent parmi les médecins exerçant en groupe (72% vs. 48%, $p<0,001$)

2. Fréquence des rendez-vous

248 médecins (95%) de notre enquête ont un mode de consultation incluant des plages de consultation sur rendez-vous.

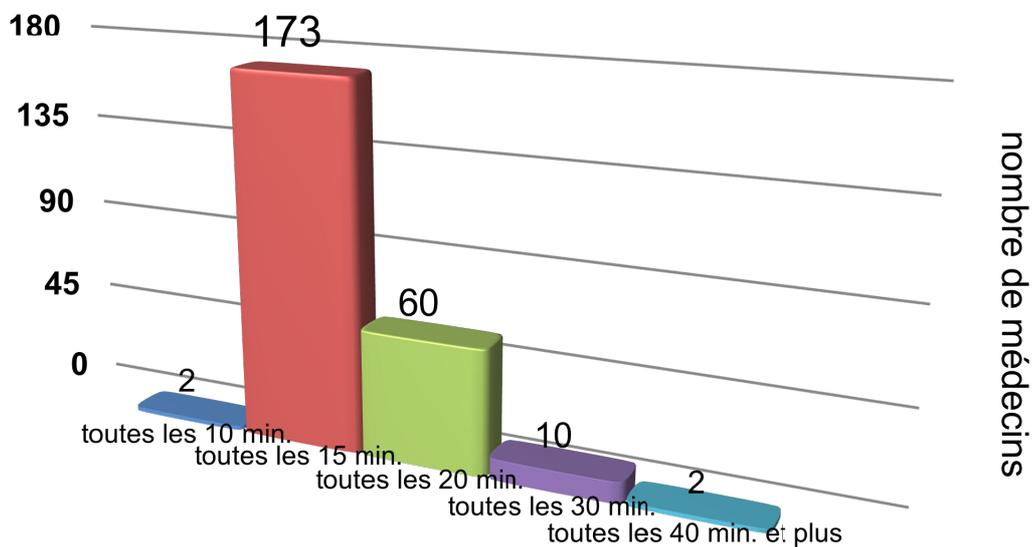
Sept médecins sur dix (n=173) fixent leur rendez-vous selon la fréquence « toutes les 15 minutes ».

Les deux-tiers des médecins ayant opté pour une fréquence différente fixent leurs rendez-vous « toutes les 20 minutes ».

Les fréquences restantes correspondent à moins de 6% des médecins qui consultent sur rendez-vous.

Le **graphique 13** montre la répartition de la fréquence des rendez-vous au sein de la population de l'étude.

graphique 13 : Fréquence des rendez-vous de consultation
(population n = 248)



2. Aménagement de pauses au sein des plages de consultations

Moins d'un médecin sur deux déclare aménager une à plusieurs pauses au sein de ses plages de consultations. (44%, n=115)

Les médecins âgés de moins de 40 ans sont 53% à aménager des pauses au sein des plages de consultations contre 34% des médecins de 60 ans et plus ($p < 0,05$). Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes sont majoritaires chez les moins de 40 ans (74%) et les hommes majoritaires chez les médecins de 60 ans et plus (68%) or une différence de genre semble exister à ce niveau (34% de hommes vs. 52% des femmes, $p < 0,01$).

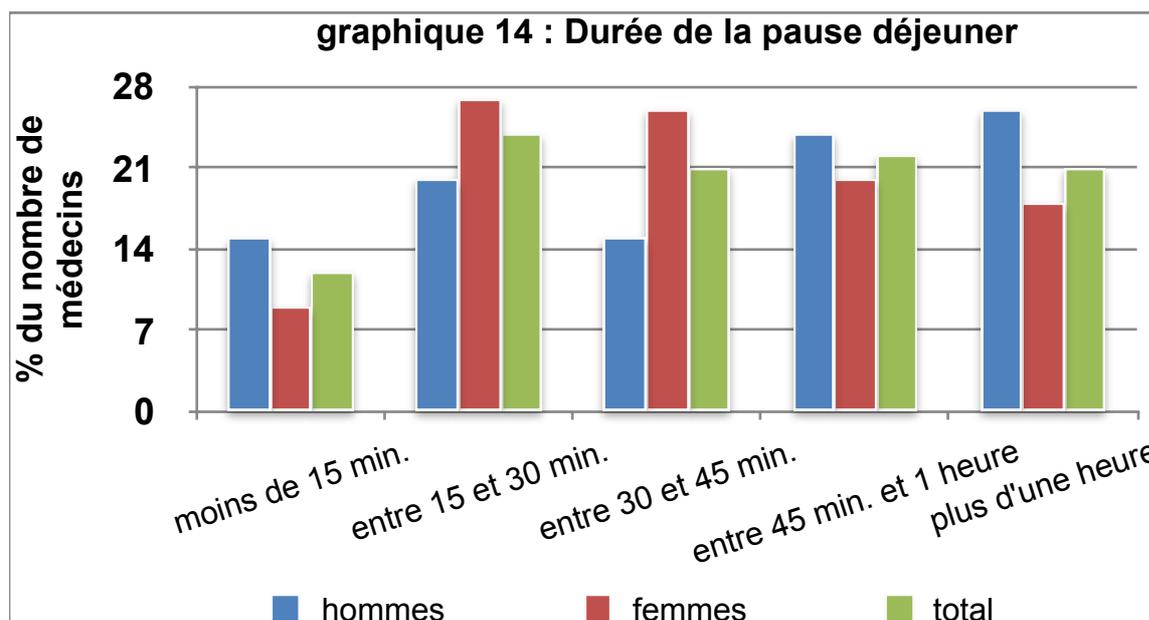
Le **tableau 8** présente la ventilation de cette variable selon le genre, l'âge et le type de cabinet.

tableau 8 : Aménagez-vous des pauses au sein des plages de Cs ?

	OUI	NON	p
hommes (n=116)	34% (n=39)	66% (n=77)	0,003
femmes (n=146)	52% (n=76)	48% (n=70)	
effectif total (n=262)	44% (n=115)	56% (n=147)	
moins de 40 ans (n=101)	53% (n=53)	47% (n=48)	
entre 40 et 49 ans (n=36)	44% (n=16)	56% (n=20)	
entre 50 et 59 ans (n=75)	39% (n=29)	61% (n=46)	
60 ans et plus (n=50)	34% (n=17)	66% (n=33)	
cabinet individuel (n=56)	29% (n=16)	71% (n=40)	0,009
cabinet de groupe (n=206)	48% (n=99)	52% (n=107)	

3. Durée de la pause déjeuner

Le **graphique 14** montre la répartition du temps pris pour la pause déjeuner au sein de la population de l'étude.



La durée médiane de la pause déjeuner est « entre 30 et 45 minutes ».

44% (n=114) des médecins consacrent au moins 45 minutes à la pause déjeuner.

D / Les moments choisis pour effectuer les visites

Les médecins avaient la possibilité de renseigner plusieurs réponses à la question : « A quel(s) moment(s) effectuez vous vos visites ? ».

En excluant les 13 médecins qui ont répondu « je ne fais pas de visite », 167 médecins (67%) ont donné une seule réponse, 65 (26%) en ont donné au moins deux et 17 (7%) plus de deux réponses.

Les réponses ainsi que leur fréquence dans la population de l'échantillon sont synthétisées dans le **tableau 9**.

tableau 9 : Fréquence de chaque réponse à la question « A quel(s) moment(s) effectuez-vous vos visites ? »

	nombre de réponses	fréquence de la réponse au sein de l'échantillon* en %
« lors d'une ou plusieurs demi-journée(s) dédiée(s) aux visites »	81	32,5 %
« lors de tranches horaires dédiées aux visites entre 2 plages de consultations »	62	25%%
« pendant la pause déjeuner »	63	25%%
« après la pause déjeuner et avant les consultations de l'après-midi »	106	42,5%%
« le soir après les consultations »	26	10 %
« pendant mes jours de repos »	15	6 %
*n=249 en excluant les 13 médecins qui ne font aucune visite		
EXCLUSIVEMENT (réponse unique)		fréquence au sein des réponses uniques
« lors d'une ou plusieurs demi-journée(s) dédiée(s) aux visites »	37	15 %
« lors de tranches horaires dédiées aux visites entre 2 plages de consultations »	38	15%%
« pendant la pause déjeuner »	23	9 %
« après la pause déjeuner et avant les consultations de l'après-midi »	67	27%%
« le soir après les consultations »	2	8 %
« pendant mes jours de repos »	0	0 %

note: un médecin déclare faire ses visites « pendant la pause déjeuner » parmi les 14 qui a répondu « 0 » à la question « combien de visites faites-vous, en moyenne, chaque semaine ? ».

E / Moments choisis pour la lecture du courrier professionnel

Les réponses choisies par les médecins à la question « A quel(s) moments lisez-vous votre courrier professionnel (mails professionnels inclus)? » sont regroupées au **tableau 10**.

Plusieurs réponses étaient possibles, 179 (68%) médecins n'en ont donné qu'une, 60 (23%) en ont donné deux et 23 (9%), plus de deux réponses.

tableau 10 : Fréquence de chaque réponse à la question « A quel(s) moment(s) lisez-vous votre courrier ? »

	nombre de réponses	fréquence de la réponse au sein de l'échantillon en %
« au fil de l'eau »	108	41 %
« en présence du patient »	25	9,5 %
« temps dédié avant les consultations »	87	33 %
« temps dédié après les consultations »	100	38 %
« chez moi, le soir ou le week end »	55	21 %

Le **tableau 11** décrit la fréquence des réponses parmi celles choisies par les médecins qui n'ont donné qu'une réponse

tableau 11 : Fréquence des réponses parmi les médecins qui n'ont donné qu'une réponse

	nombre de réponses	fréquence de la réponse au sein de l'échantillon en %
« au fil de l'eau »	62	24 %
« en présence du patient »	2	0,8 %
« temps dédié avant les consultations »	41	16 %
« temps dédié après les consultations »	50	19 %
« chez moi, le soir ou le week end »	24	9 %
total	179	

F / Moments choisis pour le traitement des tâches médico-administratives

Note : Nous entendons par « tâches médico-administratives », ce que les médecins désignent par le terme péjoratif de « paperasse ».

Compte tenu du caractère nébuleux de ce terme, nous avons précisé notre question en donnant quelques exemples, afin que les médecins comprennent mieux de quelles tâches il était question. Ces exemples étaient : les protocoles de soins (ALD), les démarches de soins infirmiers (DSI), les formulaires de demande de prestation auprès de la MDPH, les bons de transports ou encore les courriers d'adressage (lettres médicales).

Les réponses choisies par les médecins sont synthétisées au **tableau 12**.

tableau 12 : « A quel(s) moment(s) traitez-vous les tâches médico-administratives ? »

	nombre de réponses	fréquence de la réponse au sein de l'échantillon en %
« pendant les consultations »	172	66 %
« pendant la pause déjeuner »	91	35 %
« pendant une pause entre les consultations »	116	44 %
« chez moi, le soir, le week end ou lors d'un congé »	50	19 %
« je reviens au cabinet lors d'une journée ou demi-journée de repos »	40	15 %
« je délègue une partie de ces tâches (secrétariat, AZALEE...) »	16	6 %

Plusieurs réponses étaient admises. 118 médecins (45%) n'en ont choisi qu'une (**tableau 13**).

tableau 13 : Fréquence des réponses parmi les médecins qui n'ont donné qu'une réponse

	nombre de réponses	fréquence de la réponse au sein de l'échantillon
« pendant les consultations »	61	23 %
« pendant la pause déjeuner »	14	5 %
« pendant une pause entre les consultations »	27	10 %
« chez moi, le soir, le week end ou lors d'un congé »	11	4 %
« je reviens au cabinet lors d'une journée ou demi-journée de repos »	5	2 %
« je délègue une partie de ces tâches (secrétariat, AZALEE...) »	0	

G / Modalités de satisfaction à l'obligation de développement professionnel continu

Les réponses des médecins à la question « Selon quelle(s) modalité(s) assurez-vous votre développement professionnel continu ? » sont décrites par le **tableau 14**.

Plusieurs réponses étaient admises et une option « autre » permettait aux médecins d'apporter des précisions ou de désigner des moyens qui ne figuraient pas parmi les cinq modalités proposées.

Les items « FMC présentielle » et « FMC non présentielle » étaient assortis d'exemple (séminaires, congrès, soirées, pour FMC présentielle et formation en ligne pour FMC non présentielle).

tableau 14 : « Selon quelle(s) modalité(s) assurez-vous votre DPC ?

	nombre de réponses	fréquence de la réponse en %
FMC présentielle	207	79 %
FMC non présentielle	92	35 %
groupes de pairs	53	20 %
DU et DIU	43	16 %
lecture de la presse médicale	187	71 %
autre	14*	5 %

* autre :

2 médecins ont précisé n'accomplir aucune démarche de formation particulière. Un médecin a simplement indiqué « 0 » et un autre a écrit « *pas de formation* » ,

10 autres moyens ont été cités (12 réponses) :

-  change de pratique avec les internes (2 fois),
- test de la revue *Prescrire* (2 fois),
- formation locale,
- bibliographie préparatoire aux cours chez un professeur de médecine,
- « *avec mon mari, MSU et responsable du DMG* » ,
- formation libre hors DPC,
- « *EPU (enseignement post-universitaire) avec un groupe de confrères, une fois par mois depuis 35 ans* » ,
- groupe qualité,
- « *lecture de livres* » ,
- « *recherche documentaire sur Internet* » .

Seuls 40 médecins (15%) n'ont donné qu'une réponse (en excluant les 2 médecins qui ont déclaré n'accomplir aucune démarche relative au DPC):

- 31 ont choisi « FMC présentielle » uniquement (12% de l'échantillon),
- 6 ont choisi « FMC non présentielle » uniquement (2%),
- 1 a choisi « groupes de pairs » uniquement (0,4%),
- 2 ont choisi un autre moyen (0,8%),

Les 220 médecins interrogés restant ont déclaré au moins 2 modalités (**tableau 15**).

tableau 15 : Médecins ayant recours à des modalités de DPC multiples

	nombre de médecins	% de l'échantillon
2 modalités	105	40 %
3 modalités	72	27 %
4 modalités	23	9 %
5 modalités	4	1,5 %

Les assortiments de modalités les plus citées par les médecins:

- ceux qui ont recours à 2 modalités : « **FMC présenteielle + lecture de la presse médicale** », pour 57 médecins (22%)
- ceux qui ont recours à 3 modalités : « **FMC présenteielle + groupes de pairs + lecture de la presse médicale** », pour 35 médecins (13%)
- ceux qui ont recours à 4 modalités : « **FMC présenteielle + FMC non présenteielle + DU/DIU + lecture de la presse médicale** », pour 9 médecins (3%)
- 4 médecins ont coché les 5 réponses proposées, aucun n'a déclaré avoir recours à plus de 5 modalités.

H / Moments privilégiés pour la lecture de la presse médicale

Les réponses des médecins à la question « A quel(s) moment(s) lisez-vous la presse médicale » sont décrites par le **tableau 16**.

Quatre propositions étaient soumises aux médecins. Plusieurs réponses étaient admises et une option « autre » leur permettait d'apporter des précisions ou d'ajouter des réponses qui ne figuraient pas parmi les choix proposés.

6 médecins ont répondu « je ne lis pas la presse médicale dans l'option « autre ».

L'échantillon comporte donc un effectif de 256 « lecteurs ».

Sur ces 256 médecins, 150 (59%) ont donné une réponse unique, 90 (35%) ont donné deux réponses et 16 (6%) en ont donné trois.

tableau 16 : « A quel(s) moment(s) lisez-vous la presse médicale ? »

	nombre de réponses	fréquence de la réponse au sein de l'échantillon* en %
R1 « le soir à mon domicile »	149	58 %
R2 « au cabinet, pendant un temps de pause (pause déjeuner comprise) »	92	36 %
R3 « pendant mes congés »	99	39 %
R4 « le soir au cabinet »	13	5 %
R5 « autre »	15	6 %

* n = 256 en excluant les « non lecteurs »

exclusivement (réponse unique donnée)		
R1 = « le soir à mon domicile »	63	25 %
R2 = « au cabinet, pendant un temps de pause (pause déjeuner comprise) »	56	22 %
R3 = « pendant mes congés »	21	8 %
R4 = « le soir au cabinet »	4	1,5 %
R5 « autre »	6	2 %
réponses multiples données		
2 modalités	90	35 %
dont R1 + R3	52	20 %
3 modalités	16	6 %
dont R1 + R2 + R3	12	5 %

autres :

- « pendant le week end » 5 fois,
- « pendant que l'interne est autonome » 2 fois
- « pendant mes jours de repos » 2 fois
- « pendant mes gardes »
- « sur des plages dédiées »
- « le matin, avant les consultations »
- « le matin, si je me réveille tôt »
- « uniquement *Prescrire* » (sans autre précision)
- « aux toilettes » 1 fois

I / Traitement de la comptabilité

Les réponses des médecins à la question « Dans quelle(s) circonstance(s) traitez-vous votre comptabilité » sont décrites par le **tableau 17**.

Plusieurs réponses étaient admises parmi cinq propositions. 211 (80,5%) médecins ont donné une seule réponse, 47 (18%) en ont donné deux et 4 (1,5%) en ont donné trois.

tableau 17 : « Dans quelle(s) circonstance(s) traitez-vous votre comptabilité »

	Nb de réponses	% de l'échantillon
R1 « je délègue intégralement cette tâche à un tiers (secrétariat, comptable/AGA, conjoint...) »	97	37 %
R2 « je délègue partiellement cette tâche à un tiers (secrétariat, comptable/AGA, conjoint...) »	28	11 %
R3 « à mon cabinet, au cours d'une journée de travail ou pendant une garde »	51	19,5 %
R4 « à mon domicile, le soir, le week end, lors d'un jour de repos ou pendant un congé »	128	49 %
R5 « à mon cabinet, lors d'un jour de repos ou pendant un congé »	15	6 %
exclusivement (réponse unique donnée)		
R1 « je délègue intégralement cette tâche à un tiers (secrétariat, comptable/AGA, conjoint...) »	97	37 %
R2 « je délègue partiellement cette tâche à un tiers (secrétariat, comptable/AGA, conjoint...) »	0	0
R3 « à mon cabinet, au cours d'une journée de travail ou pendant une garde »	22	8 %
R4 « à mon domicile, le soir, le week end, lors d'un jour de repos ou pendant un congé »	85	32 %
R5 « à mon cabinet, lors d'un jour de repos ou pendant un congé »	7	3 %

Parmi les 47 médecins qui ont choisi deux réponses, 16 ont répondu « *je délègue partiellement cette tâche...* » + « *à mon domicile, le soir, le week end...* » et 16 autres « *à mon cabinet au cours d'une journée de travail...* » + « *à mon domicile, le soir, le week end...* »

J / Réception des visiteurs médicaux

45% (n=118) des médecins de l'étude ne reçoivent pas de visiteurs médicaux. Plusieurs réponses étaient admises parmi 5 modalités proposées (en excluant le premier item *filtre*).

Les fréquences des réponses données au **tableau 18**, portent donc sur l'effectif des 144 médecins qui reçoivent des représentants médicaux.

Sur ces 144 médecins, 135 (94%) ont donné une seule réponse et 9 en ont donné deux.

tableau 18 : « A quel(s) moments recevez-vous des visiteurs médicaux ? »

		45% des médecins de l'étude
	Nb de réponses	% de l'effectif total (n=144)
R1 « je ne reçois pas de visiteur médical »	118	
R2 « le matin, avant le début des consultations / visites »	15	10 %
R3 « en début d'après-midi, avant le début des consultations / visites »	26	18 %
R4 « le soir, après la dernière consultation »	0	0
R5 « au sein des plages de consultation » »	75	52 %
R6 « selon des horaires variables »	37	26 %

DISCUSSION

1. Un faible taux de participation

L'estimation la plus « optimiste » du taux de participation des médecins à notre étude est 11,3%.

Les 262 médecins généralistes qui ont participé à l'enquête représentent 0,47% des 55 469 médecins généralistes libéraux en activité régulière.

Le **tableau 19** présente les échantillons finaux et les taux de participation pour quelques enquêtes (ou panels) sur le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail des médecins généralistes.

tableau 19 : Effectifs et taux de participation aux études ou panel d'observation des pratiques des médecins généralistes

3 études nationales	échantillon effectif	taux de participation en %
« MG du réseau Thalès » DREES 2002	922	64 %
« enquête Emploi INSEE » DREES 2004	2656	50 %
« panel 2-vague 2 » DREES, ORS et URPS 2010	2161	26 %
1 étude multi-régionale non extrapolable au plan national	échantillon effectif	taux de participation en %
« panel 5 régions » DREES, FNORS, ORS, URML, URCAM (régions PACA, Pays de Loire, Bourgogne, Bretagne et Basse Normandie) 2007	1901	42 %
6 études régionales	échantillon effectif	taux de participation en %
« besoins et attentes des MG » URML Midi-Pyrénées 2002	924	30 %
« panel PACA » ORS PACA 2002	600	55 %
« pratiques des médecins libéraux » URML Rhône-Alpes 2003	123	16 %
« préoccupations et aspirations des MG » URML Centre 2004	198	25 %
« emploi du temps des MG » ORS, URPS Pays de la Loire 2011	450	17 %
« pratiques professionnelles et organisation du cabinet des MG » ORS, URML Poitou Charentes 2014	313	?

sources : DREES (18)

Le taux de participation de notre étude est très inférieur à ceux obtenus pour les études nationales, multi-régionales et régionales antérieures ($p < 0,001$).

La taille même de l'échantillon effectif est plus favorablement de l'ordre de celle des échantillons finaux des études régionales.

Cette différence peut être expliquée par plusieurs facteurs :

- Le **mode de diffusion par voie numérique** implique que le courriel porteur du lien arrive dans la boîte mail du médecin, souvent surchargée et irrégulièrement consultée. Les enquêtes d'envergure nationale et régionale sont le plus souvent réalisées par téléphone ou voie postale.

- La **courte période (6 jours)** de mise en ligne a directement limité le nombre de répondants en ne permettant pas à un grand nombre de médecins de remplir le questionnaire, alors même que ces derniers avaient connaissance de son existence.

- **Aucune relance** n'a été effectuée durant la période d'activité du lien de l'enquête.

- Enfin, même si nous ne connaissons pas la fréquence à laquelle les médecins généralistes libéraux visitent les sites internet de leur CDOM respectifs, nous envisageons celle-ci insuffisante pour permettre une efficacité suffisante de ce mode de diffusion.

C. Vaquin-Villeminey dans le cadre de sa thèse « Prévalence du burn-out en médecine générale - Enquête nationale auprès de 221 médecin généralistes du réseau Sentinelles » a également eu recours à un questionnaire en ligne. Cette étude présente un taux de participation de 16,1%, soit 221 répondants sur 1367 questionnaires envoyés (19).

Son questionnaire, resté en ligne entre juillet et octobre 2006, avait été appuyé par 3 relances (courrier numérique) et les médecins avaient été initialement sollicités par voie postale.

2. Représentativité de l'échantillon

Le questionnaire a été soumis aux médecins généralistes libéraux de 13 départements : l'Ain, l'Aube, l'Aude, la Charente Maritime, la Creuse, l'Ille-et-Vilaine, le Loiret, le Lot, le Morbihan, la Nièvre, les Pyrénées Atlantiques, le Var et la Vienne.

Cet échantillon rapporté à la population des 10 792 médecins généralistes libéraux des 13 départements de l'enquête nous permet d'évaluer une marge d'erreur de 5,98% avec un niveau de confiance de 95%.

Le **tableau 20** compare les caractéristiques des médecins de notre étude à celle de l'ensemble de la population des médecins généralistes de ces 13 départements (mode d'exercice libéral exclusif et mixte).

tableau 20 : Caractéristiques socio-démographiques des médecins de l'échantillon vs. MGL des 13 départements concernés par l'étude

variables	% médecins de l'étude (n=262)	% médecins généralistes libéraux des 13 départements de l'étude (n=10 792)
genre		
masculin	44 %	58 %
féminin	56 %	42 %
âge moyen		
ensemble de la population	46,7 ans	51,6 ans
hommes	51,7	53,9 ans
femmes	42,8	48,5 ans

(source : Data.DREES (20) issues des données RPPS pour l'année 2016)

On observe une sur-représentation des femmes de notre étude par rapport à la population dont les répondants sont issus. Les femmes sont également plus jeunes. Ces deux résultats ont pour conséquence une moyenne d'âge significativement plus basse pour les médecins de l'échantillon.

3. Situation familiale des médecins

Une étude publiée par la DREES en 2005, sur la situation professionnelle des conjoints de médecins affirme que 83% des médecins vivent en couple (89% des hommes et 73% des femmes). Ce chiffre issu de l'enquête emploi-INSEE de 1990 à 2004 s'élève à 87% chez les médecins généralistes libéraux (21).

Une enquête réalisée en 2006 sur un échantillon de 233 médecins généralistes de la Loire précise également que si les médecins vivent pour la plupart en couple, le célibat touche plus fréquemment les femmes (12 à 25%) que les hommes (2 à 15%) (22).

Nos résultats vont dans le même sens puisque 90% des médecins (93% des hommes et 88% des femmes) de notre enquête vivent en couple.

Selon les résultats de la deuxième vague du panel 2 publiés par la DREES en 2012, les médecins généralistes ayant un enfant ont une durée de travail hebdomadaire inférieure d'une heure à celle des médecins sans enfant (11). Notre étude rapporte une durée de travail de 48,6 heures pour les médecins qui n'ont pas d'enfant scolarisé dans le primaire ou le secondaire contre 46,4 heures chez ceux qui en ont au moins un.

Malgré la fiabilité relative des nos résultats ($0,05 < p < 0,1$) et en tenant compte du caractère approximatif de ces chiffres (moyennes élaguées de temps estimés par les médecins), ils nous semblent cohérents avec ceux du panel dirigé par la DREES.

4. Cadre d'exercice : une tendance au regroupement des médecins qui se confirme

tableau 21 : Comparaison de la répartition des médecins selon le milieu d'exercice avec quelques travaux précédents

	urbain	semi-urbain	rural
médecins répondants	31,7 %	41,2 %	27,1 %
données CNAMTS 2003	63,5 %	12,6 %	23,8 %
C. Vaquin-Villeminey 2007	46,6 %	31,7 %	21,7 %
A. Martin et B. Trombert-Paviot 2008	41,8 %	29,1 %	29,1 %

Il n'existe pas de définition précise des différents milieux d'exercice. S'il est assez aisé pour un médecin de qualifier sa pratique comme urbaine ou rurale, l'exercice semi-urbain ou périurbain recouvre un concept plus large mêlant justement ces deux types d'exercice. Ce fait explique que peu d'études, notamment les plus récentes, exploitent cette variable.

Nous constatons cependant que la répartition se dessine selon le schéma suivant : 70 à 80 % des praticiens exercent dans la sphère urbaine et péri-urbaine et 20 à 30 % dans un cadre rural (**tableau 21**). En ce sens, les résultats de notre étude ne montrent pas de différence avec ceux des travaux précédents. Ils sont également le reflet de la répartition des habitants dans nos régions (23).

En ce qui concerne le mode de pratique des médecins selon le type de cabinet dans lequel ils exercent, nous constatons que les répondants sont majoritairement installés dans des cabinets de groupe (79%). L'exercice en groupe, concernait, en 2009, 54% des médecins généraliste de secteur 1 (24). Cette proportion varie toutefois selon les régions. A titre d'exemple, dans les pays de la Loire, 67% des généralistes sont installés en groupe, une part qui s'élève à 88% chez les moins de 45 ans (25).

La tendance au regroupement des praticiens ambulatoires est la conséquence d'un effet de génération et reflète les désirs des jeunes médecins en terme de cadre d'exercice (26). Ils trouvent dans cet environnement de pratique, un moyen de mutualiser les charges qui pèsent sur un cabinet (notamment en terme de secrétariat), ce qui leur permet de simplifier l'organisation des tâches non médicales.

Le regroupement est également, pour certains, une opportunité de rompre la solitude qu'implique le caractère libéral de l'exercice médical tel qu'il s'est historiquement conçu. Cela leur permet de palier un certain stress relatif à la prise en charge de certains cas complexes et c'est aussi l'occasion d'un échange autour des pratiques.

Notons que la taille médiane des regroupements, de 3 médecins généralistes par cabinet, est dans notre étude, supérieure à la taille des groupes de l'étude de I. Evrard en 2009 où 49% des groupes sont formés de 2 MGL (27).

Un secrétariat délégué nécessaire à une certaine sérénité en consultation

Corollaire de cette tendance au regroupement, le recours à la présence d'un secrétariat au cabinet est la modalité la plus fréquente parmi les médecins de notre échantillon. Ainsi **deux médecins sur trois** ont un secrétariat physique au sein de leur cabinet, **15%** font appel à une plateforme téléphonique, **11%** ont recours aux 2 modalités. Seuls **12%** assurent exclusivement leur secrétariat eux-même et rares sont ceux qui font appel à leur conjoint. Ces résultats diffèrent de ceux indiqués par le rapport de la DREES. Les auteurs rapportent que **56%** des médecins disposent d'un secrétariat et **44%** s'en occupent eux-même. Ils distinguent parmi ces médecins ceux qui dont le secrétariat est assuré par une personne présente au cabinet (**80%**) de ceux qui font appel à une plateforme téléphonique (**28%**), les **8%** de marge représentent les médecins qui ont recours aux 2 modalités (11).

Ici encore les différences constatées sont la conséquence de l'attrait des jeunes médecins pour l'exercice regroupé. La DREES précise d'ailleurs que la présence d'un secrétariat au cabinet est plus fréquentes chez les médecins exerçant en groupe (**76%**) que ceux exerçant seuls (**34%**). Ces chiffres sont respectivement de **81%** et **18%** dans notre étude.

Les modalités de gestion des appels téléphoniques reflètent le confort offert par l'emploi d'un secrétariat (présent ou à distance).

Ainsi plus **huit médecins sur dix** s'appuient sur le secrétariat pour filtrer les appels et leur transmettre les informations selon le degré de priorité.

Enfin, nous constatons que les **17** médecins qui *reçoivent tous les appels directement* sont âgés de **61 ans et plus**. Il semblerait que cette modalité prenne un caractère encore plus marginal, dans les années à venir.

5. Une charge de travail importante et des activités variées

Un temps de travail difficile à évaluer

Les médecins de notre étude travaillent beaucoup (115 actes par semaine et une durée de travail de 48 heures par semaine). Ces chiffres sont particulièrement en deçà de ceux estimés par le panel national de la DREES en 2012 (11).

Il faut cependant considérer qu'ils ne proviennent pas de la même méthodologie, les travaux précédents ayant fondé leur calcul sur l'addition des temps consacrés à l'activité clinique et des temps des différentes tâches annexes. Notre démarche est différente et s'appuie sur l'estimation du nombre d'actes (moins précise) et d'heures travaillées (plus subjective) en moyenne.

Cela illustre et confirme les difficultés qui entourent ce type de démarche. Il est, encore aujourd'hui, difficile de savoir avec exactitude le temps de travail des médecins libéraux qui par définition n'ont que peu de repères fixes dans leurs horaires de travail. S'ils savent à quelle heure débute leur journée, il est rare qu'ils puissent prédire l'heure exacte à laquelle elle se termine.

Par ailleurs, chaque médecin est susceptible de déclarer des temps différents pour une même charge de travail en fonction de la manière dont ils délimitent les cadres professionnels et privés. Certains ne tiennent pas compte des tâches effectuées à leur domicile alors que d'autres le font.

Une activité moins importante chez les femmes médecins

Notre étude abonde dans le sens d'une activité qui est moindre chez les femmes médecins en regard de celle des hommes. Les femmes de notre études travaillent en moyenne **44 heures contre 52 heures** pour les hommes. Elles déclarent également produire moins d'actes que leurs confrères (**105 actes contre 129** respectivement) et effectuent moins de visites. Ces constatations sont conformes aux travaux précédents qui affirment que les femmes travaillent en moyenne **6 heures** de moins que les hommes (11).

Les différences perçues dans notre étude sont la conséquence :

- d'une part, d'une forte représentation des femmes jeunes sachant que l'activité des médecins suit une croissance entre le moment de leur installation et l'âge de 55 ans, où elle atteint son paroxysme, pour ensuite décliner après 60 ans*,
- d'autre part les moyennes que nous avons mesurées ne tiennent pas compte des extrêmes, c'est-à-dire des 12 médecins qui travaillent moins de 30 heures par semaine et des 10 médecins qui déclarent 70 heures et plus.

Des activités qui dépassent le cadre du cabinet...

Dans notre étude, **un médecin sur cinq** déclare avoir une activité salariée (27% des hommes et 15% des femmes). Ce résultat est inférieur à celui du panel national de la DREES mais la différence s'explique par la forte présence dans notre étude, des femmes qui sont moins nombreuses à avoir une activité salariée en marge du cabinet.

Près de **15%** d'entre-eux interviennent auprès d'associations et près de **six praticiens sur dix** participent à la permanence des soins. Ces chiffres restent conformes aux données issues des panels d'observation comme le montre le **tableau 22**.

Au final, dans notre échantillon, un médecin sur trois déclare n'exercer aucune activité en dehors du cabinet, soit une proportion équivalente à celle décrite par le panel national de la DREES.

Les médecins de notre enquête sont plus nombreux (25%) à déclarer une activité de MSU que dans le panel de 2012 (19%). Pour expliquer cette différence, nous formulons l'hypothèse que cette l'enquête, réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice d'un jeune confrère, a pu mobiliser plus favorablement les médecins sensibilisés à la formation des futurs généralistes. En tenant compte du mode de diffusion par courriel du questionnaire et du court délai de collecte des réponses, nous pensons que les MSU ont été parmi les premiers à répondre.

tableau 22 : comparaisons des activités hors cabinet et de maîtrise de stage

	échantillon de l'étude	Panel DREES 2012	p
activités salariées	20 %	30 %	<0,01
hommes	27 %	33 %	ND*
femmes	15 %	24 %	ND*
activités auprès d'organismes professionnels	14,5 %	11 %	0,09
hommes	14,6 %	11 %	ND*
femmes	14,4 %	11 %	ND*
PDSa	58 %	60 %	0,6
hommes	56 %	64 %	ND*
femmes	60 %	50 %	ND*
aucune activité hors cabinet	27 %	28 %	0,8
MSU	25 %	19 %	0,02

*ND : les données du panel de la DREES tels qu'elles ont été publiées dans la revue « Etudes et Résultats » de mars 2012, ne précisent pas le nombre d'hommes et de femmes de l'échantillon effectif.

...dans le soucis de se protéger de l'épuisement ?

Selon les auteurs de plusieurs travaux s'intéressant au burn out des médecins libéraux, la diversification des pratiques constituerait un facteur protecteur contre l'épuisement professionnel. Les temps consacrés au DPC, de même que l'accueil des étudiants sont également décrits comme moyens de protection face au burn out (15,16).

Comme nous l'avons évoqué, les médecins de notre échantillon sont nombreux à exercer l'activité de MSU. En ce qui concerne la formation continue, moins d'1% ont déclaré n'accomplir aucune démarche relative à celle-ci.

Ceci signifie que l'ensemble des médecins considèrent la formation comme une action indissociable de leur pratique.

Ainsi la participation à des modules de FMC présentielle est plébiscitée par 79% des répondants. En y ajoutant les médecins participant à des sessions de FMC non présentielle, ce chiffre atteint 88% des médecins ayant répondu à l'enquête. Une participation comparable aux résultats du panel « 5 régions » publié par la DREES en 2007. Les auteurs y indiquent que, selon la région concernée, entre 85,9% et 91,3% des médecins prennent part à des sessions de FMC (28).

Cette modalité permet non seulement au praticien de mettre à jour son savoir médical mais elle est également un moyen d'échange autour des pratiques ou des conditions de travail et elle représente un temps de rupture avec l'isolement consécutif au travail entre les quatre murs d'un bureau médical. Car ne nous trompons pas, si l'exercice s'organise progressivement autour d'un regroupement des médecins, la médecine libérale est l'incarnation de ce « colloque singulier » qui installe le médecin seul (avec le patient) dans un bureau pour la plus grande partie de sa journée de travail.

A l'opposé de ces éléments qui aident les médecins à lutter contre l'épuisement, la multiplication des actes ou encore l'allongement des journées de travail sont identifiés comme sources d'un stress intense pour les praticiens.

Notre étude a mis en évidence que plus d'un médecin sur deux doit composer, chaque jour, avec la prise en charge d'au moins deux patients non attendus au sein de plages de consultations majoritairement programmées. Nous n'avons pas pu comparer ce résultat à d'autres travaux qui le plus souvent n'exploitent pas cette donnée.

Cependant la nature même de l'exercice ambulatoire, qui impose souvent « une fragmentation de l'activité », « la difficulté à maîtriser le temps » et s'accompagne souvent d'une « augmentation de la charge de travail dans la soirée », illustre notre propos.

6. Organisation de la pratique au quotidien : les nouvelles générations poursuivent une dynamique de mutation

Un mode de consultation qui tend à s'organiser autour d'un modèle commun

Les **deux tiers** des médecins ayant répondu à notre enquête adoptent un mode de consultation **exclusivement sur rendez-vous** (cette proportion s'élève à 80% des médecins, en considérant les 13% qui consultent principalement sur rendez-vous).

Un effet de génération s'observe ici (**77%** des **moins de 40 ans** contre **42%** des médecins de **60 ans et plus**).

Cet effet, associé à la forte tendance au regroupement des jeunes médecins, explique que cette modalité est également plus fréquente chez les médecins exerçant en groupe que dans les cabinets individuels (**72% vs. 48%**).

Ce choix d'organisation répond à une volonté de mieux maîtriser le temps en regard de l'augmentation de la demande de soins liée en partie au vieillissement de la population et aux progrès de la médecine.

La fréquence des rendez vous se situe entre **15 et 20 minutes** pour près de **neuf médecins sur dix**.

Nous ne parlons pas ici de durée de consultation mais ces fréquences n'en demeurent pas moins cohérentes avec la durée moyenne de consultation rapportée par la DREES en 2012, qui est d'un peu moins de **18 minutes**. Cette durée est de **19 minutes pour les femmes** et **17 minutes pour les hommes**. Sachant que cette durée moyenne était de 16 minutes en 2002, on mesure un peu plus l'impact de la féminisation sur l'organisation des pratiques.

Des modes d'organisation des visites qui reflètent la diminution de leur volume

En 2004, la DREES publiait un essai de typologie des séances des généralistes. Ainsi sur la base des données SNIR, les auteurs de ce travail indiquaient que les visites représentaient 18% de l'activité des MGL en Ile de France et 23% en moyenne dans le reste de la France (29). Selon les données de l'Assurance Maladie, en 2010, les visites ne représentaient plus que 12% de l'activité des généralistes (11). Notre enquête va dans le sens d'une limitation de leur nombre aux visites dites incompressibles. En effet, en calculant le ratio des moyennes élaguées, les visites représentent 9% de l'activité des médecins de notre échantillon (11% chez les hommes et 7% chez les femmes). En raison du manque de précision de ces chiffres, nous nous garderons d'en faire un commentaire aiguisé. Cependant nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une dynamique de réduction du nombre de visites se poursuit jusqu'à atteindre un seuil qui ne pourrait être franchi sans que cela ne se fasse au détriment de la santé de certains patients.

L'organisation du mode de visite reflète la tendance de réduction de leur volume, puisque moins d'un médecin sur trois leur dédie une ou plusieurs demi-journées. Les visites se font durant la coupure méridienne pour 44% des médecins (à l'exclusion de toute plage ou demi-journée dédiée) et pour 20% durant des intervalles aménagés entre les plages de consultations. Nous observons également que 10% des médecins font des visites le soir, après les consultations (2 médecins de façon exclusive) et 6% lors de certains jours de repos.

Nous pouvons supposer que, progressivement, les consultations au cabinet tendraient à prendre une place quasiment exclusive dans l'agenda des médecins qui utiliseraient alors d'autres créneaux pour les actes nécessitant qu'ils se déplacent dans la mesure où leur nombre est limité. Cependant les médecins qui leur dédient une place plus ou moins conséquente (demi-journée ou tranches horaires) restent les plus nombreux (**un médecin sur deux**).

Des pauses qui illustrent une volonté de maîtriser son temps de travail

Les **femmes aménagent plus fréquemment des pauses au sein des plages de consultations (52% contre 34% des hommes, $p=0,002$)**. Ce résultat semble influencer sur les différences qui existent entre générations (**53%** des « moins de 40 ans » vs. **34%** des « 60 ans et plus », $p<0,05$) et selon le type de cabinet (**48%** dans « cabinet de groupe » vs. **29%** dans « cabinet individuel », $p<0,01$). Nous n'avons pas trouvé d'élément de comparaison dans la littérature.

Le fait d'aménager une ou plusieurs pauses dans l'agenda peut permettre de laisser une plage libre afin de faire face à une urgence, de résorber un retard pris dans les horaires de rendez-vous...

L'occupation de ces pauses dépend de la variabilité du rythme de travail (selon la demande) et permet au médecin de s'occuper de tâches administratives, de lire son courrier, de mettre à jour les dossiers de ses patients ou encore de se ménager un temps pour « souffler » ou échanger avec un confrère.

Ceci semble encore participer d'une volonté de mieux maîtriser le temps afin de « ne pas passer la journée à lui courir après », mais peut également être le reflet d'un souhait d'organiser ce temps afin d'en dédier une part à certaines tâches précises et ainsi morceler de longues demi-journées où les consultations s'enchaînent.

La pause déjeuner des médecins généralistes libéraux n'est pas un sujet exploité dans les études sur leurs conditions de travail. En ce qui concerne les employés des secteurs d'activité autre que la santé, la société Edenred a réalisé en 2013, l'enquête « Ideal meal » auprès de 2478 collaborateurs du groupe, dans 14 pays (30). Le **tableau 23** compare nos résultats à ceux de cette enquête;

tableau 23 : comparaison des résultats de notre enquête avec l'enquête Ideal meal sur la durée de la pause déjeuner

	notre étude (n=262)	échantillon <i>Idéal meal</i> <i>France</i> (n=327)	p
moins de 15 min.	11 % (n=30)	2 % (n=6)	<0,001
15 à 30 min.	24% (n=62)	21 % (n=69)	0,03
30 à 45 min.	21% (n=56)	34 % (n=111)	<0,001
plus de 45 min.	44 % (n=114)	43 % (n=141)	0,92

Un chiffre attire particulièrement notre attention : 11% des MGL prennent moins de 15 minutes à cette pause contre seulement 2% des répondants à l'enquête d'Edenred.

Cette observation pourrait être symptomatique de l'élasticité des plages de consultations de certains médecins.

En effet, sur les 30 répondants ayant déclaré consacrer moins de 15 minutes à la pause déjeuner :

- 6 (20%) consultent exclusivement en plage libre,
- 1 (3%) consulte principalement en plage libre,
- 3 (10%) consultent autant sur rendez-vous qu'en plage libre,
- 20 (67%) médecins consultent principalement ou exclusivement sur rendez-vous.

La comparaison avec les médecins qui déclarent une pause déjeuner de plus de 15 minutes, selon le test du khi2, met en évidence une différence significative avec une valeur p inférieure à 0,05.

Il se peut également que certains médecins n'aient pas parfaitement compris la question, ils auraient alors indiqué le temps pris pour déjeuner.

La réception des visiteurs médicaux est un moyen de disposer d'un répit au sein des plages de consultation, elle constitue également une source d'informations sur les médicaments pour certains médecins.

45% des médecins de notre échantillon déclarent ne pas recevoir de représentant des laboratoires pharmaceutiques.

Ce chiffre est faible en comparaison avec ceux du panel réalisé auprès des généralistes des pays de la Loire, publié en novembre 2012 par l'ORS et l'URPS-ml. Les auteurs indiquent que 3 médecins sur 4 ont reçu des visiteurs médicaux durant la semaine ayant précédé l'enquête (31).

V. Hunsinger, dans un article du mois d'avril 2017, publié sur le site de la CSMF, écrit que « par manque de temps ou par principe, le refus de la visite médicale semble en progression chez les plus jeunes médecins » (32).

Cette assertion semble trouver un écho dans notre étude puisque nous observons que 54% des médecins âgés de moins de 40 ans ne reçoivent pas de visiteur médical contre 39% des médecins de 40 ans et plus ($P=0.015$).

Une organisation des tâches annexes parfois instinctive, parfois réfléchie

La **lecture du courrier professionnel** est une activité incontournable de la journée des médecins.

Parmi les médecins qui ont répondu au questionnaire, **58% (n=151)** consacrent un temps dédié à la lecture de leur courrier dont:

- **60% (n=91)** exclusivement,
- **10% (n=15)** également le soir ou le week end chez eux.

Ainsi, **42% (n=111)** des médecins interrogés ne consacrent aucun moment dédié à cette activité. Parmi eux:

- **62% (n=69)** déclarent le faire « au fil de l'eau » (dont 12 médecins également chez eux)
- **22% (n=24)** lisent leur courrier exclusivement chez eux.

Nous constatons donc que le tiers des médecins ($n=36$) ne consacrant pas de créneau particulier à la lecture du courrier, effectuent cette tâche en partie à leur domicile (contre 10% des médecins accordant un temps dédié, $p=0,014$). L'âge et le genre ne semblent pas être des facteurs significatifs influençant cette particularité.

La **lecture de la presse médicale** est un moyen courant de mise à jour des connaissances scientifiques des médecins. Nous avons vu que **71% (n=187)** des médecins cite la presse médicale comme l'une des sources de leur démarche de formation professionnelle continue (6% comme moyen exclusif). Si cette activité est pratiquée dans des circonstances variées, la majorité des médecins (**69%**) lisent chez eux le soir, le week end ou pendant un congé. Nous pouvons supposer qu'ils distinguent leurs lectures comme un temps d'agrément tout aussi personnel que professionnel. Le temps passé à cette activité ne serait pas moins considéré comme une forme de loisir qu'une nécessité d'ajuster ses connaissances aux situations cliniques rencontrées au quotidien.

Cela peut aussi signifier que les médecins disposent d'un temps trop limité voire inexistant, pendant la journée de travail, pour leur permettre de se consacrer à ces lectures.

Toutefois, 42% des généralistes que nous avons interrogés déclarent lire la presse médicale au cabinet, pendant un temps de pause ou le soir. Ici encore, les choix exprimés peuvent être interprétés comme l'expression du besoin de chercher des informations utiles à la prise en charge d'un patient vu pendant les consultations de la journée. Nous pouvons également penser qu'il s'agit d'un moyen de créer une coupure avec l'activité clinique dont le rythme est souvent soutenu.

Parallèlement à ces activités qui sont au moins naturelles si ce n'est plaisantes pour certains, le traitement des tâches administratives et la comptabilité sont les activités qui pèsent le plus aux médecins malgré leur caractère nécessaire.

Les **tâches administratives** sont principalement traitées pendant les consultations (**66%** des répondants). Certains médecins en traitent une partie pendant leurs pauses ou temps faibles entre les consultations (**35%**). Nombreux sont ceux qui s'en occupent pendant la pause déjeuner (**44%**).

La part des médecins qui gèrent certaines tâches administrative pendant les jours non travaillés n'est pas négligeable (**19%** en emmène chez eux et **15%** reviennent au cabinet sur un jour de congé ou un repos hebdomadaire). Rares sont ceux qui en délèguent une partie (**6%**).

Cette organisation multimodale semble indiquer que ces corvées parsèment le quotidien des médecins. Si certaines sont traitées comme partie intégrante de la consultation, d'autres sont effectuées au fil de la journée et colmatent les brèches de l'emploi du temps.

Il est intéressant de noter un possible effet de genre puisque les femmes traitent moins fréquemment ces tâches à domicile que les hommes (14% vs. 25%, $p=0,03$).

Pour expliquer ce constat, il est nécessaire de préciser, que parmi les répondants qui déclarent avoir un enfant scolarisé les femmes sont 2 fois plus nombreuses (74 contre 38 hommes). Dès lors nous pouvons penser que les femmes cumulent, encore de nos jours, la majeure partie des responsabilités relatives aux tâches ménagères de leurs foyers. Cette supposition implique qu'elle disposent d'une moindre marge pour effectuer certaines tâches professionnelles chez elles.

La tenue de la **comptabilité** est un autre exemple de besogne, inhérente à l'activité entrepreneuriale, mais jugée comme fastidieuse et dénuée d'attrait intellectuel particulier pour la plupart des médecins.

37% (n=97) des répondants déclarent déléguer intégralement cette tâche à un tiers (comptable, AGA, secrétariat ou conjoint).

Ainsi près des **deux tiers (n=165)** des médecins de notre échantillon ont un regard plus ou moins régulier sur leur comptabilité, parmi eux:

- **17% (n=28)** déclarent déléguer partiellement cette tâche,
- **77% (n=128)** en traitent au moins une part chez eux sur leur temps libre (dont les deux tiers exclusivement chez eux),

- **30% (n=51)** au cabinet lors d'une journée de travail (dont 43% exclusivement),
- **9% (n=15)** reviennent au cabinet lors d'un congé ou d'un repos hebdomadaire.

Au total, **un répondant sur deux** n'a pas précisé déléguer, au moins partiellement, la tenue de sa comptabilité.

La présence d'un secrétariat physique au sein du cabinet n'a pas d'influence statistiquement significative sur le fait que les médecins traitent eux même ou délèguent cette tâche.

Le rapport de la DREES indique que **54%** des médecins du panel font appel à un comptable « *toute l'année* », **15%** « *seulement au moment des déclarations fiscales* », **22%** « *s'en occupent eux-même* » et **9%** confient cette tâches « *à leur conjoint, un parent, ou à un autre membre du groupe* » (11).

Les différences constatées entre les résultats du panel et ceux de notre enquête sont en grande partie liées au fait que la question a été posée différemment dans ces deux travaux.

D'une part, nous avons posé la question de façon à identifier les médecins qui ont un regard, même de manière sporadique, sur leur comptabilité et les distinguer de ceux qui la délèguent complètement.

D'autre part, nous souhaitions connaître dans quelles circonstances précises, ils traitaient cette tâche.

Toutefois, Il est possible que plusieurs médecins de notre échantillon n'aient pas pris ou souhaité prendre le temps de préciser s'ils faisaient appel à un comptable ponctuellement.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse d'une meilleure intégration de l'outil informatique par les jeunes médecins dans leur pratique. Un large choix de logiciels d'exploitation de l'activité médical permettent de simplifier l'approche et le traitement de la comptabilité (comme des possibilités offertes

par la télétransmission pour ce qui est des tâches administratives) et donc de réduire la fréquence du recours à un professionnel.

Enfin, la charge financière qu'impose l'emploi d'un comptable peut constituer un frein parmi les jeunes médecins de notre échantillon dont le volume d'activité (et de fait celui des revenus) n'a pas atteint celui des médecins plus âgés.

Nos résultats ne sont pas en contradiction avec ceux du panel, ils reflètent un angle de vue différent pour finalement les rejoindre sur un point : la comptabilité, au même titre que d'autres tâches de gestion, n'est pas effectuée dans un cadre programmé.

7. Limites et forces de l'étude

Limites

Le mode et la durée de diffusion de notre questionnaire pourrait avoir introduit un biais de sélection comme semble le suggérer la faible représentativité de notre échantillon en regard de la population dont il est issu :

- il ne nous a pas été possible de connaître les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes libéraux dont les adresses mail figuraient sur les listes des conseils départementaux de l'Ordre, ainsi nous n'avons pas pu prendre en compte les caractéristiques des « non répondants »,

- la courte durée de diffusion (6 jours) n'a pas permis à tous les médecins qui l'auraient souhaité de renseigner le questionnaire, il est donc possible que l'échantillon effectif reflète une population qui dispose de plus de temps libre pour répondre à une enquête en ligne.

Sur la forme du questionnaire :

- une question semi-fermée proposant un éventail de réponses ne permet pas de décrire avec la même acuité les comportements des médecins qu'une question ouverte à réponse libre.

Ce choix était motivé par le caractère rapide et facile à remplir du questionnaire et l'abord facilité du traitement des réponses.

- le caractère déclaratif des informations collectées introduit une imprécision certaine dans les résultats de l'enquête. Il est indispensable d'en tenir compte dans l'exploitation de cette étude.

Sur le fond du questionnaire : les outils qu'emploient les généralistes au quotidien, tels que l'outil informatique, ne sont pas abordés dans ce travail. Nous considérons cependant que cet exemple précis recouvre suffisamment de modalités d'utilisation pour y consacrer des études spécifiques.

Forces

Nous n'avons pas trouvé, au sein de la littérature scientifique, de travail s'intéressant à la fréquence de comportements aussi précis que ceux que nous souhaitons étudier. En cela notre enquête présente une certaine originalité et les informations que nous en avons retirée permettent d'affiner le trait des schémas d'organisations qu'adoptent les généralistes.

Les caractéristiques des médecins de notre échantillon nous laissent à penser que cette étude constitue un reflet des modes d'organisation d'une médecine générale libérale en devenir, féminine et rajeunie.

CONCLUSION

Au terme de cette étude nous sommes parvenus à remplir partiellement l'objectif que nous nous étions fixé, à savoir, décrire l'organisation des pratiques des médecins généralistes et préciser les modalités selon lesquelles ils articulent les différentes activités qui composent leur exercice.

Nous ne répondons que partiellement à la question posée, car la faible représentativité de l'échantillon des répondants ne permet pas une extrapolation juste des résultats que nous avons obtenu à une échelle nationale.

Elle est cependant riche d'informations souvent non explorées ou non exploitées par les études de ce type. Elle permet de mesurer la fréquence de certains comportements révélés par les études qualitatives réalisées précédemment.

Cette étude vient confirmer les observations constatées sur l'impact d'une féminisation progressive de la profession médicale. Ainsi ces femmes médecins travaillent moins que leur confrères et cherchent un environnement de travail qui leur permette de rompre avec l'isolement que représente l'exercice individuel de la médecine. Cet aspect n'est pas une particularité féminine puisque les hommes des dernières générations de médecins cherchent également à redéfinir l'offre de soins de premier recours à travers un exercice au pluriel. Ce mode de pratique de la médecine générale offre des possibilités d'organisation qui, à l'image d'un secrétariat « mutualisé », déchargent les médecins du poids conséquent des tâches non médicales afin de libérer un temps médical suffisant face à la demande croissante de soins. Parallèlement à cela, le regroupement des praticiens s'effectue dans une démarche d'accorder plus de temps à la vie privée.

La maîtrise du temps est un souci plus présent dans la réflexion des jeunes générations que traduit leur organisation. Que ce soit par le biais d'une « aération » de l'agenda de consultations, le plus souvent programmées, ou l'attribution de temps dédiés à certaines activités, les médecins cherchent à se prémunir de l'épuisement professionnel.

En cela nous pensons que les réformes successives de l'enseignement de la médecine générale de même que les échanges entre générations rendus possibles par la multiplication des stages ambulatoires ont permis les mutations que cette profession connaît aujourd'hui.

Les jeunes médecins, formés à l'application d'une médecine basée sur les preuves et sensibilisés à la maîtrise des dépenses de santé, semblent s'éloigner d'un modèle de pratique plus ancien. La réduction du volume des visites et la distance prise avec la publicité de l'industrie pharmaceutique en sont des exemples. Il semble aussi qu'ils délimitent de façon plus nette la frontière entre leur cadre professionnel et leur vie privée, en effectuant, par exemple moins de tâches à leur domicile.

Il nous apparaît que les nouveaux modèles de pratiques tentent d'accorder l'exercice de la médecine libérale avec celui de la médecine salariée. Si l'on considère que l'arrivée massive de femmes en médecine générale s'est accompagné d'une augmentation constante de la part de son exercice salarié, tout ceci semble avoir un certain sens.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Gallais JL. et al. « *Actes et fonctions du médecin généraliste, dans leurs dimensions médicales et sociales.* », Doc.Rech.Med.Gen-SFMG en médecine générale. 1994:1-107 http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/213/fichier_45_actes_fonctionsfb707.pdf (consulté le 12/03/2017)

(2) Micheau J. et Molière E. « L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail », DREES, Dossiers solidarité et santé, n°15, 2010 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article201015.pdf> (consulté le 12/03/2017)

(3) Navarro L, Dubois J.-P. « Désintérêt des étudiants de 6e année pour la médecine générale », Rev Prat Med Gen. 2007;21:466-7

(4) Bloy G, Schweyer F.-X. « *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale* », Presses de l'EHESP, 2010/2; ISBN : 978-2-8109-0021-3

(5) Mourgues J.-M. « *Atlas de la démographie médicale en France. Profils comparés : 2007/2017 - Les territoires au coeur de la réflexion. Situation au 1er janvier 2017* », CNOM, 2017/11 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf (consulté le 7/11/2017)

(6) Bessière S. « *La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage* », Revue française des affaires sociales, 2005/1, p. 17-33.

(7) Attal-Toubert K, Vanderschelden M. « *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales* » DREES, Etudes et Résultats, n°679, 2009/2. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf> (consulté le 12/03/2017)

(8) Niel X, Vilain A. « *Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques* », DREES, Etudes et résultats, 2001/5 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er114.pdf> (consulté le 12/03/2017)

(9) LEGMANN M. « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale* », 2010/4 <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport%20Mission%20Legmann%20Version%20finale%2009%2004%2010.pdf> (consulté le 12/03/2017)

(10) Lapeyre N, Le Feuvre N. « *Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé.* » Revue française des affaires sociales, 2005/1, pp.59-81. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm>. (consulté le 13/03/2017)

(11) Jakoubovitch S, Bournot M.-C, Cercier E, Tuffreau F. « *L'emploi du temps des médecins généralistes* », DREES, Etudes et résultats, 2012/3. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf> (consulté le 20/01/2017)

(12) Cazelles-Bou C. « *Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine. Etude réalisée à Poitiers en 2007* », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Poitiers, 2010/1, 112 p. www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_cazelle.html (consulté le 11/03/2017)

(13) Delbrouck M. « *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel.* » De Boeck Supérieur, « Oxalis », 2008/1, 284 p. ISBN: 9782804100995. <https://www.cairn.info/le-burn-out-du-soignant--9782804100995.htm> (consulté le 5/04/2017)

(14) Zeter C. « *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes* », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, 2004/5, 144 p. www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_zeter.html (consulté le 10/03/2017)

(15) Didier F. « *Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle - Enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs* », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, 2013/12, 156 p. www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_didier.html (consulté le 10/03/2017)

(16) Jourdan A. « *Les mesures de prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes libéraux : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.* », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Faculté de médecine de Marseille, 2016/5, 142 p. <http://www.theseimg.fr/1/sites/default/files/THESE%20Jourdan%20Anais.pdf> (consulté le 10/03/2017)

(17) Mur-Bacquer H. « *Le temps de travail des médecins généralistes libéraux en dehors des consultations : Organisation et représentation* » Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université de Poitiers, 2016/5, 118 p. <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/6807dab2-cd81-48aa-ba62-a5f7ab94b75e> (consulté le 12/03/2017)

(18) Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. « *Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles* », IRDES, Questions d'économie de la santé, n°144, 2009/7. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf> (consulté le 20/01/2017)

(19) Vaquin-Villeminey C. « *Prévalence du burn out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles* », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université René Descartes, Paris 5, 2007/5, 59 p. http://www.urps-ml-corse.com/0_enquetes/burnout/these_burnout.pdf (consulté le 10/03/2017)

(20) Site internet data.Drees, <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx> (pages consultées le 10/09/2017)

(21) Breuil-Genier P, Sicart D. « *La situation professionnelle des conjoints de médecins* », DREES, Etudes et résultats, n°140, 2005/9. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er430.pdf> (consulté le 10/04/2017)

(22) Martin A, Tombert-Paviot B. « *Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire* », Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques, vol. 4, 2008/2. [http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/comment les generalistes jugent ils leur vie quotidienne privee et professionnelle une enquete aupres des medecins femmes et hommes de la loire 277043/article.phtml?cle_doc=00043A33](http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/comment%20les%20generalistes%20jugent%20ils%20leur%20vie%20quotidienne%20privee%20et%20professionnelle%20une%20enquete%20aupres%20des%20medecins%20femmes%20et%20hommes%20de%20la%20loire%20277043/article.phtml?cle_doc=00043A33) (consulté le 20/08/2017)

(23) Rican S, Simon M, Charraud A, Salem G. « *Les médecins généralistes libéraux dans les aires urbaines. Des densités plus élevées dans le sud et les centres-villes* », DREES, Études et Résultats, n°9, 1999/3. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er009.pdf> (consulté le 15/09/2017)

(24) Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousques J. « *La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009.* » IRDES, Questions d'économie de la santé, n°157, 2010/1. <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf> (consulté le 10/10/2017)

(25) Bournot M.-C, Tuffreau F, Goupil M.-C, Cercier E, Hérault T. « *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale n°4 : L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes en Pays de la Loire.* », ORS Pays de la Loire & URPS-ml Pays de la Loire, 2013/2, 8 p. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelIMG/2013_4_exercicegroupe_panel2mgpdl.pdf (consulté le 10/10/2017)

(26) Anselm M, Mielcarek M. « *Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale (vague 3)* », ORS Alsace, 2016/7, 46 p. http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/Internes%20MG%20v3_Rapport%202016_v2016%2010%2025.pdf (consulté le 13/03/2017)

(27) Evrard I, Bourgueil Y, Le Fur P. et al. « *Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale* », INPES, Baromètre santé médecins généralistes, 2009, p. 221-237. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf> (consulté le 10/10/2017)

(28) Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A. et al. « *L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises.* », DREES, Etudes et résultats, n°610, 2007/11. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf> (consulté le 20/01/2017)

(29) Labarthe G. « *Les consultations et visites des médecins généralistes, Un essai de typologie.* », Études et Résultats, n° 315, 2004/6. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er315.pdf> (consulté le 2/11/2017)

(30) Direction des Ressources Humaines et Responsabilité sociétale du groupe Edenred « *What is your ideal meal ? Résultats d'une enquête sur les habitudes alimentaires de 2500 salariés d'Edenred dans 14 pays* », Edenred, 2016/4, 43 p. <https://www.edenred.com/sites/default/files/pdf/documentations/enqueteidealmeal-mai2016-fr.pdf> (consulté le 25/08/2017)

(31) Bournot M.-C, Cercier E, Tuffreau F, Hérault T. « *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale n°2 : Les emplois du temps des médecins généralistes des pays de la Loire.* », ORS Pays de la Loire & URPS-ml Pays de la Loire, 2012/11, 8 p. http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2012_2_emploitemps_panel2mgpdl.pdf (consulté le 20/01/2017)

(32) Hunsinger V. « *Visiteurs médicaux : mais où sont-ils passés ?* » article publié le 19/04/2017 sur le site lesgeneralistes-csmf.fr <http://lesgeneralistes-csmf.fr/2017/04/19/visiteurs-medicaux-passes/> (page consultée le 20/10/2017)

Résumé

Contexte et objectif de l'étude : L'emploi du temps des médecins généralistes libéraux est un objet difficile à décrire avec précision. Le but de cette étude est d'observer les conditions d'exercice des médecins généralistes et connaître les modalités qu'ils emploient afin d'articuler entre elles les différentes tâches que recouvrent leurs pratiques. L'objectif de ce travail est également de mesurer l'impact des évolutions sociodémographiques sur ces pratiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative transversale. Avec le concours des conseils départementaux de l'Ordre des médecins, un questionnaire en ligne a été envoyé à 2320 médecins généralistes libéraux dans 8 départements de France métropolitaine et mis en ligne sur les sites internet de 5 autres conseils ordinaires. Les réponses ont été collectées entre les 18 et 23 octobre 2017.

Résultats : 262 (146 femmes et 116 hommes) médecins ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge des répondants est de 46,7 ans (42,8 ans pour les femmes et 51,7 ans pour les hommes) et 90% d'entre eux vivent en couple. La majorité (79%) des médecins exercent en groupe. 32% des médecins sont installés en milieu urbain, 41% en milieu semi-urbain et 27% en milieu rural. Les hommes déclarent travailler 52 heures par semaine en moyenne, les femmes 44 heures. Les visites représentent 9% de leurs actes et moins du tiers des praticiens leur consacrent une demi-journée complète. 80% des médecins consultent exclusivement (67%) ou principalement (13%) sur rendez-vous. 20% déclarent au moins une activité salariée, près de 15% interviennent auprès de divers organismes associatifs professionnels et 6 médecins sur dix ont une activité relative à la permanence des soins. Un quart des répondants est maître de stage universitaire. Les deux tiers ont un secrétariat présent au cabinet. Le secrétariat (physique ou téléphonique) filtre tous les appels des médecins pour 80% d'entre eux. 88% des médecins participent à des FMC et 98% d'entre eux lisent la presse scientifique (dans 69% des cas sur leur temps libre). Un temps au cabinet est dédié à la lecture du courrier chez 71% des répondants alors que la comptabilité est traitée au moins en partie sur le temps personnel chez 77% des médecins ne déléguant pas intégralement cette tâche. Au total, une nouvelle génération de médecins généralistes libéraux semble mettre en œuvre une organisation plus réfléchie de leur pratique.

Mots-clés : médecins généralistes libéraux, emploi du temps, temps de travail, conditions de travail, organisation, féminisation.



UNIVERSITÉ DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Je vous ai invité à remplir un formulaire :

Enquête sur l'organisation des tâches professionnelles des médecins généralistes libéraux

Madame, Monsieur

J'ai élaboré ce questionnaire dans le cadre de ma thèse de médecine générale, afin de mieux connaître les modalités selon lesquelles les médecins généralistes libéraux traitent les diverses tâches qui composent leur activité professionnelle.

Ces quatre dernières décennies, plusieurs travaux se sont intéressés au temps de travail des médecins libéraux. Au delà du chiffrage des heures travaillées, ces études ont mis en évidence la grande variété des composantes de l'exercice libéral sans toutefois parvenir à décrire avec précision les choix d'organisation que les médecins opèrent afin de faire coexister ces différentes tâches.

Je vous invite à consacrer une dizaine de minutes aux 30 questions de cette enquête et ainsi m'aider à dessiner les schémas organisationnels que vous adoptez, par choix, par nécessité ou même inconsciemment, dans votre pratique quotidienne.

Je vous remercie par avance de lui accorder un peu de votre précieux temps.

1 - Vous êtes *

- un homme
 une femme

2 - Quelle âge avez-vous ? *

3 - Quelle est votre situation familiale ? *

- célibataire
 en couple

4 - Avez-vous au moins un enfant actuellement scolarisé dans le primaire ou le secondaire ? *

- OUI
 NON

5 - En quelle année avez-vous soutenu votre thèse d'exercice ? *

6 - En quelle année vous êtes-vous installé(e) ? *

7 - Vous êtes installé(e) en milieu *

- urbain
- semi-urbain
- rural

8 - Vous exercez *

- en cabinet individuel
- en cabinet de groupe

9 - En vous incluant, combien de médecins généralistes exercent au sein de votre cabinet ? (autre = plus de 5, veuillez préciser) *

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Autre :

10 - Qui assure votre secrétariat ? *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - moi-même
- 2 - mon conjoint
- 3 - un secrétariat physique (une ou plusieurs personnes salariées au cabinet)
- 4 - une plateforme téléphonique

11 - Vous consultez *

- exclusivement sur rendez-vous
- principalement sur rendez-vous (en aménageant quelques plages de consultations libres)
- autant sur rendez-vous qu'en plage libre
- exclusivement en plage libre
- principalement en plage libre (en aménageant quelques plages de consultations programmées)

12 - À quel rythme fixez-vous les rendez-vous de consultations programmées ?

- je consulte exclusivement en plage libre
- toutes les 10 minutes
- toutes les 15 minutes
- toutes les 20 minutes
- toutes les 30 minutes
- toutes les 40 minutes et plus

13 - Aménagez-vous des pauses au sein des plages de consultations ?

- OUI
- NON

14 - Combien de temps vous accordez-vous pour déjeuner ? *

- moins de 15 minutes
- entre 15 et 30
- entre 30 et 45 minutes
- entre 45 minutes et 1 heure
- plus d'une heure

15 - Vous arrive-t-il d'intercaler une consultation non programmée entre 2 rendez-vous ? *

- je consulte exclusivement en plage libre
- 1 fois par jour au plus
- entre 2 et 5 fois par jour
- plus de 5 fois par jour

16 - Etes-vous maître de stage universitaire ? *

- OUI
- NON

17 - Avez-vous une ou plusieurs activité(s) salariée(s) ? *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - NON
- 2 - établissement de santé
- 3 - maison de retraite
- 4 - crèche
- 5 - médecine scolaire
- 6 - enseignement
- Autre :

18 - Avez-vous une ou plusieurs activités auprès d'associations représentatives de médecins ? *

plusieurs réponses acceptées

- NON
- Ordre des médecins
- Syndicat
- Union Régionale des Professionnels de Santé
- Société savante
- Société Française de Médecine Générale
- Autre :

19 - Combien de consultations faites-vous, en moyenne, chaque semaine ? *

- moins de 60
- entre 60 et 80
- entre 80 et 100
- entre 100 et 120
- entre 120 et 140
- entre 140 et 160
- plus de 160

20 - Combien de visites faites-vous, en moyenne chaque semaine ? *

- 0
- moins de 10
- entre 10 et 20
- entre 20 et 30
- entre 30 et 40
- entre 40 et 50
- plus de 50

21 - Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine ? *

- moins de 30 heures
- entre 30 et 40 heures
- entre 40 et 50 heures
- entre 50 et 60 heures
- entre 60 et 70 heures
- entre 70 et 80 heures
- plus de 80 heures

22 - À quel(s) moment(s) effectuez-vous vos visites ? *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - je ne fais pas de visite
- 2 - lors d'une ou plusieurs demi-journée(s) dédiée(s) aux visites
- 3 - lors de tranches horaires dédiées aux visites entre 2 plages de consultations
- 4 - pendant la pause déjeuner (de midi à 14 heures)
- 5 - après la pause déjeuner et avant les consultations de l'après-midi (durant la pause méridienne)
- 6 - le soir après les consultations
- 7 - pendant mes jours de repos

23 - Comment traitez-vous les appels téléphoniques ? *

- je reçois tous les appels directement
- j'utilise un répondeur que je consulte régulièrement ou lors d'un temps dédié
- le secrétariat filtre les appels et me les transmet (en consultation) lorsqu'il le juge utile
- le secrétariat reçoit les appels, me transmet les messages puis je rappelle les correspondants lors d'un temps dédié
- le secrétariat reçoit les appels, me transmet les messages puis je rappelle les correspondants entre 2 actes
- le secrétariat reçoit les appels, me transmet les messages puis je rappelle les correspondants en fin de journée

24 - À quel(s) moment(s) lisez-vous votre courrier ? (mails professionnels inclus) *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - au fil de l'eau
- 2 - en présence du patient
- 3 - lors d'un temps dédié avant les consultations / visites
- 4 - lors d'un temps dédié après les consultations / visites
- 5 - le soir ou le week end, à mon domicile

25 - À quel(s) moment(s) traitez-vous les tâches médico-administratives ? (ex : ALD, DSI, MDPH, bons de transports, courriers d'adressage ...) *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - pendant les consultations (en présence du patient)
- 2 - pendant la pause déjeuner
- 3 - pendant une pause entre les consultations (pause programmée ou non)
- 4 - à mon domicile le soir, le week end ou lors d'un congé
- 5 - je reviens au cabinet lors d'une journée ou demi-journée de repos
- 6 - je délègue une partie de ces tâches (secrétariat, AZALEE...)

26 - Selon quelle(s) modalité(s) participez-vous à la permanence des soins ? *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - Je ne suis pas concerné(e)
- 2 - Gardes au cabinet
- 3 - Point fixe de garde (ex : maison médicale de garde, centre de soins...)
- 4 - Régulation au centre 15
- 5 - Régulation libérale
- Autre :

27 - Selon quelle(s) modalité(s) assurez-vous votre développement professionnel continu ? *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - FMC présentielle (par exemple : séminaires, congés, soirées...)
- 2 - FMC non présentielle (par exemple : formation en ligne)
- 3 - groupes de pairs
- 4 - DU et DIU
- 5 - lecture de la presse médicale
- Autre :

28 -   quel(s) moment(s) lisez-vous la presse médicale ? *

plusieurs réponses acceptées

- le soir à mon domicile
- le soir au cabinet
- pendant mes congés
- au cabinet pendant un temps de pause (pause déjeuner comprise)
- Autre :

29 - Dans quelle(s) circonstance(s) traitez-vous votre comptabilité ? *

plusieurs réponses acceptées

- 1 - je délègue intégralement cette tâche à un tiers (secrétariat, comptable/AGA, conjoint...)
- 2 - je délègue partiellement cette tâche à un tiers (secrétariat, comptable/AGA, conjoint...)
- 3 -   mon cabinet, au cours d'une journée de travail ou pendant une garde
- 4 -   mon cabinet, lors d'un jour de repos ou pendant un congé
- 5 -   mon domicile, le soir, le week end, lors d'un jour de repos ou pendant un congé

30 -   quel(s) moment(s) recevez-vous des visiteurs médicaux ? *

plusieurs réponses acceptées

- je ne reçois pas de visiteur médical
- le matin avant le début des consultations / visites
- en début d'après-midi avant le début des consultations / visites
- le soir après la dernière consultation / visite
- au sein des plages de consultations
- selon des horaires variables

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Annexe 2 : Liste des abréviations

AGA : association de gestion agréée

ALD : affection de longue durée

AMHC : activités médicales hors cabinet

ARS : agence régionale de santé

BDSP : banque de données en santé publique

CDOM : conseil départemental de l'Ordre des médecins

CNOM : conseil national de l'Ordre des médecins

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale

DPC : développement professionnel continu

CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CODTS : collectif pour l'organisation et la défense du territoire de santé

CPL : commission pédagogique locale

CPR : caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CSMF : confédération des syndicats médicaux français

DMG : département de médecine générale

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

DSI : démarche de soins infirmiers

DU / DIU : diplôme universitaire / diplôme inter-universitaire

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD : établissement pour personnes âgées dépendantes

EPU : enseignement post-universitaire

FMC : formation médicale continue

FNORS : fédération nationale des observatoires de santé

HPST : hôpital, patients, santé et territoire

INIST : Institut de l'information scientifique et technique

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

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de santé

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MG / MGL : médecin généraliste / médecin généraliste libéral

MSU : maître de stage universitaire

ORS : observatoire régionale de la santé

PDSa : permanence des soins ambulatoires

SFMG : société française de médecine générale

URCAM : unions régionales des caisses d'assurance maladie

URPS-mI (URML) : union régionale des professionnels de santé - médecins libéraux