



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La qualité de vie des médecins généralistes
en structures d'exercice coordonné
dans les Hauts-de-France en 2021**

Présentée et soutenue publiquement
le 27/04/2022 à 16h au Pôle Formation
par **Lucie ROUX**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Assesseur :

Monsieur le Docteur François QUERSIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Sylvain DURIEZ

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ACI	Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACM	Analyse des Correspondances Multiples
ALD	Affection Longue Durée
ANEMF	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
ARS	Agence Régionale de Santé
CDS	Centre de Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CERFA	Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EPHAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDEES	Institut de Recherche et de Documentation En Economie de la Santé
ISNAR IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNI	InterSyndicale des Internes
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP	Maison de Santé
MSU	Maître de Stage des Universités
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaire et en Autonomie Supervisée
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

Table des matières

Avertissement.....	2
Sigles.....	3
1 Introduction.....	6
1.1 Démographie de la médecine générale en France en 2021	6
1.2 Les structures d'exercice coordonné	8
1.3 Le choix entre une médecine salariée et libérale	10
1.4 Question de recherche et objectifs de l'étude.....	12
2 Matériel et méthodes.....	13
2.1 Structure de l'étude	13
2.2 Population	13
2.3 Recrutement et diffusion du questionnaire	13
2.4 Questionnaire utilisé	14
2.4.1 Elaboration du questionnaire	14
2.4.2 Contenu final du questionnaire	15
2.5 Analyse des données	19
2.5.1 Analyses statistiques	19
2.5.2 Analyse descriptive	19
2.6 Cadre réglementaire et éthique	20
3 Résultats	21
3.1 Description des médecins à l'inclusion	21
3.1.1 Nombre de répondants	21
3.1.2 Principales caractéristiques des répondants.....	22
3.2 Analyses statistiques des scores de qualité de vie.....	23
3.2.1 Echelle visuelle de qualité de vie	23
3.2.2 Echelle de Diener.....	24
3.2.3 Profil de Duke	26
3.2.4 Score de Karasek	28
3.3 Analyse des correspondances multiples	30
3.3.1 Analyse des correspondances multiples avec l'échelle de Diener	30
3.3.2 Analyse des correspondances multiples avec l'échelle de Diener, le profil de Duke et le score de Karasek.	31
3.4 Analyse des commentaires libres.....	31
3.4.1 Commentaires des médecins libéraux sur leur mode d'exercice	31
3.4.2 Commentaires des médecins salariés sur leur mode d'exercice	33

3.4.3	Commentaires libres laissés par les médecins : dernière question du questionnaire.....	35
3.5	Résultats plus détaillés des analyses statistiques	36
3.5.1	Comparaison des résultats selon le sexe	36
3.5.2	Comparaison des résultats selon l'âge	39
4	Discussion.....	42
4.1	Intérêts et limites de l'étude.....	42
4.1.1	Biais et limites de l'étude.....	42
4.1.2	Points forts de l'étude	44
4.2	Résultats principaux	45
4.2.1	Des scores élevés de satisfaction de vie et du profil de santé dans les deux groupes.....	45
4.2.2	Des médecins soumis à un risque d'épuisement professionnel, mais des salariés se sentant plus soutenus.....	47
4.3	Caractéristiques de la population étudiée.....	50
4.4	Des avis communs et divergents sur l'exercice coordonné.....	55
4.4.1	L'exercice coordonné et le travail en groupe appréciés chez les salariés et libéraux.....	55
4.4.2	Des libéraux en MSP écrasés par le poids des tâches administratives et par une charge de travail intense	57
4.4.3	Des médecins salariés s'estimant restreints dans leur liberté d'exercice	63
4.4.4	Des médecins salariés qui apprécient une relation médecin malade recentrée sur la sphère médicale.	64
4.5	Fiche pratique présentant les deux modes d'exercice.....	65
5	Conclusion.....	68
6	Liste des figures	69
7	Références	71
8	Annexes	75

1 Introduction

1.1 Démographie de la médecine générale en France en 2021

La France connaît depuis plusieurs années un problème de démographie médicale touchant toutes les régions, dont certaines sont devenues des « déserts médicaux ». En 2021, le nombre de médecins généralistes inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) est de 85 364. Ce nombre a diminué de 0,9% depuis 2020 et de 9% depuis 2010 (1). La croissance annuelle du nombre de médecins généralistes est actuellement de -0,9%. Il existe de fait un déficit entre le nombre de nouveaux médecins généralistes « entrants » (les nouveaux inscrits) et les « sortants » (représentés majoritairement par les départs en retraite). La situation n'est pas en mesure de s'améliorer d'ici 2025, puisque le CNOM y prévoit un effectif de 82 018 médecins généralistes en activité.

Les raisons de cette diminution de la démographie médicale s'expliquent en partie par les décisions de numérisation prises dans les années quatre-vingt-dix (annexe 1), qui ont induit une baisse des effectifs, mais aussi par un accroissement global de la population française et au vieillissement de celle-ci (2). Citons également la création en 2017 des spécialités « médecine gériatrique » et « médecine d'urgence », dont les effectifs étaient auparavant comptabilisés parmi ceux des généralistes.

L'analyse de la démographie médicale montre que 56 % des généralistes sont libéraux, 37,4% sont salariés et 6,6% ont une activité mixte (1). Cet exercice libéral recule cependant depuis 2012, les médecins libéraux représentaient cette année 59% des effectifs. L'exercice salarié exclusif semble plus attractif actuellement, mais c'est surtout du fait de la progression très importante du nombre de médecins hospitaliers

(2). En effet 20% des généralistes salariés exercent à l'hôpital et 15% des généralistes exercent dans d'autres structures comme les centres de santé, les centres de prévention maternelle et infantile ou encore les EPHAD (2).

De plus, la population des médecins généralistes connaît un rajeunissement et une féminisation depuis 2015, avec un âge moyen à 49,9 ans en 2021 et un effectif féminin à 51,5% (dont 47% chez les moins de 40 ans).

Dans la région des Hauts-De-France, cette tendance à la diminution des effectifs s'observe également entre 2010 et en 2021. Ceci est illustré en annexe 2. Notre région comprenant 7302 médecins généralistes en 2021 et la moyenne de la démographie médicale nationale se situant à 122 médecins pour 100 000 habitants en 2021, les départements du Nord et de la Somme sont pour le moment encore au-dessus de celle-ci. Ce n'est pas le cas des trois autres départements de la région, surtout pour l'Aisne et l'Oise qui voient leurs effectifs chuter de près d'un quart depuis 2010.

L'installation des jeunes médecins est donc une préoccupation majeure de santé publique. La médecine générale est une spécialité qui perd malheureusement en attractivité avec le temps, puisqu'elle fait partie des sept spécialités les moins choisies aux ECN (Epreuves nationales classantes) en 2020 (3). Les internes et remplaçants interrogés dans l'enquête menée en 2019 par la Commission des jeunes médecins du CNOM sont 65% à vouloir s'installer dans les 3 ans. On retrouve ce souhait d'installation précoce dans une étude menée en 2015 par l'association REAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Internes et Remplaçants) (4). En revanche, l'âge réel d'installation des médecins généralistes en France recule de plus en plus, il est de 37 ans en moyenne (5). Les jeunes médecins ne s'installent donc pas rapidement après la fin de leur internat, et préfèrent mener une activité de

remplacement. En effet selon le CNOM, l'activité qualifiée d'intermittente, représentée essentiellement par les remplaçants a quasiment doublé depuis 2010 (1).

Parmi ceux qui souhaiteraient s'installer, 72% des répondants envisagent le libéral, et l'exercice en groupe ou en structures d'exercice coordonné sont dorénavant plus attractifs (6). Les facteurs pris en compte sont notamment la place des horaires et rythmes de travail, la protection sociale, les démarches administratives, qui ont un impact certain sur leur qualité de vie au travail (6).

1.2 Les structures d'exercice coordonné

Pour tenter de répondre à ces problématiques, le gouvernement a élaboré en 2018 le projet « Ma Santé 2022 ». Celui-ci veut promouvoir l'exercice coordonné et la création des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) en les finançant avec l'Assurance Maladie (7). Dans ce projet, le gouvernement a également annoncé la création de 200 postes de médecins généralistes salariés en centres de santé, afin de répondre aux attentes des jeunes médecins d'une part, et au manque de médecins dans certaines zones d'autre part.

Les CPTS sont des associations qui regroupent des professionnels de santé de ville dans un territoire donné. Elles ont pour ambition de réaliser des actes de prévention, de garantir l'accès à un médecin traitant pour la population concernée, d'organiser la permanence des soins et aussi d'aider au maintien à domicile des personnes fragiles (7).

En France, on différencie les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) des Centres de Santé (CDS). Ce sont des structures de soins exerçant de façon coordonnée sur la base d'un projet de santé et bénéficiant d'aides financières de l'ARS (8). Le projet de santé est un document qui précise l'organisation interne de la

structure, avec les missions de coordination des soins autour du patient, les modalités de gestion financière et matérielle, le logiciel informatique commun aux différents professionnels et l'élaboration des protocoles transversaux pour la prise en charge des patients. Ces projets de santé sont obligatoires pour obtenir la certification « Maison de Santé » ou « Centre de Santé », et bénéficier des subventions financières.

Les MSP, créées en 2007, sont constituées uniquement de professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux et elles sont toujours pluriprofessionnelles.

Les CDS, existants depuis plus d'un siècle, peuvent être mono ou pluriprofessionnels, et disposent d'une rémunération salariée. Ils sont gérés par les gestionnaires suivants : les collectivités territoriales, les mutuelles, les municipalités (par exemple la mairie de Hondshoote dans le Nord et celle d'Annequin dans le Pas-de-Calais ont toutes les deux ouvert des centres de santé municipaux), les régimes de sécurité sociale, les établissements publics de santé, les établissements privés de santé qu'ils soient à but lucratif ou non.

Ces deux types de structures sont en pleine expansion depuis 2017, ce qui s'inscrit dans la stratégie du gouvernement « Ma Santé 2022 », qui souhaite que l'exercice isolé ne soit pas encouragé (Annexe 3).

Les MSP et les CDS sont considérés comme des structures attractives dans l'exercice ambulatoire, particulièrement dans les zones fragiles (nommées Zones d'Action Complémentaire ou Zone d'Intervention Prioritaire) et pourraient permettre de répondre au problème de la démographie médicale. Dans une étude menée en 2020 par l'Institut de Recherche et de Documentation En Economie de la Santé (IRDEES), Chevillard et Mousques (9) ont démontré que les MSP permettaient une meilleure évolution de l'offre de soins dans les espaces périurbains et les marges rurales peu attractifs, en attirant d'avantage les jeunes généralistes de moins de 45 ans.

Actuellement, la région des Hauts-de-France compte 188 Maisons de Santé reconnues par l'ARS (Agence Régionale de la Santé) et 666 médecins généralistes y travaillent (10).

Les Centres de Santé de la région des Hauts-de-France sont majoritairement répartis dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, dans les anciens territoires miniers (annexe 4). Il y a au total 222 centres de santé dans la région, dont 81 centres de santé polyvalents (comptant au minimum un médecin et un professionnel paramédical). L'entreprise FILIERIS qui est le principal gestionnaire de centres de santé de la région compte par exemple 72 centres de santé composés de médecins généralistes dans le Nord et le Pas-De-Calais.

1.3 Le choix entre une médecine salariée et libérale

De nombreuses études ont montré les raisons du choix d'une médecine salariée (11–13). En somme, la recherche d'une protection sociale, la possibilité d'avoir des congés payés, d'avoir un rythme de travail moins soutenu qu'en libéral, et de diminuer les démarches administratives et de comptabilité du quotidien sont des avantages recherchés. Le Dr Julien Maucci, ayant étudié les déterminants à l'installation des médecins travaillant en CDS pour l'entreprise FILIERIS dans le bassin Alésien, estime que le salariat offre ainsi une meilleure qualité de vie professionnelle et personnelle (11).

Cette question de la qualité de vie des médecins généralistes a déjà été traitée dans plusieurs régions de France, avec différentes méthodes. Le Dr Aurore Vincendon a évalué la qualité de vie des médecins généralistes en créant un questionnaire spécifique, en se basant sur les travaux de l'INSEE sur « comment évaluer la qualité de vie d'un individu », interrogeant la dimension de la vie professionnelle et familiale,

les loisirs, les relations sociales et la santé. Elle considère que la santé des libéraux est relativement moins bonne que celle des salariés, qu'ils sont plus stressés et moins satisfaits en termes de confort matériel que les salariés (14).

Le Dr Elsa Lemaignan a mené son étude sur la qualité de vie des médecins généralistes en utilisant trois échelles reconnues (profil de Duke, score de Karasek, et l'échelle de Diener). Celle-ci met en évidence que le salariat améliore la qualité de vie subjective, la santé et la qualité de vie globale du médecin (15). En utilisant ces mêmes échelles de mesure, le Dr Sandie Cotard a montré en revanche que le salariat n'offrait pas de protection contre l'épuisement professionnel (16).

Ces résultats parfois contradictoires peuvent être expliqués par des méthodes d'évaluation différentes avec un recrutement variable, ou par le fait que ces études n'ont pas été réalisées dans les mêmes régions. Il semble justifié d'inclure des médecins exerçant uniquement en ambulatoire et dont les modalités d'exercice sont comparables, c'est pourquoi nous aimerions nous pencher uniquement sur les médecins en structures d'exercice coordonné. Ils ont la particularité d'exercer la médecine générale en groupe au sein d'une même structure, bénéficient de l'aide d'un secrétariat, et d'aides financières de l'ARS. A ce jour, aucune étude n'a été menée dans la région des Hauts-de-France, ni avec un recrutement comme celui-ci. Un tel travail permettrait de constater les différences de qualité de vie entre les deux groupes afin de bien conseiller les jeunes généralistes.

1.4 Question de recherche et objectifs de l'étude

Après ces constats, il est légitime de se demander : quelles sont les différences de niveau de qualité de vie des médecins généralistes exerçant en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-De-France en 2021 ?

Notre objectif principal est de déterminer s'il existe une différence significative de qualité de vie entre les médecins exerçant en MSP et en CDS. L'objectif secondaire de l'étude sera de dégager des profils types selon le mode d'exercice.

Le but de cette étude sera d'établir un guide d'installation afin d'aider les jeunes médecins généralistes intéressés par l'exercice coordonné à choisir entre ces deux options. Ce guide prendra la forme d'une fiche pratique, présentant les deux modes d'exercice avec leurs avantages et inconvénients.

2 Matériel et méthodes

2.1 Structure de l'étude

Pour répondre à la question de recherche, une étude quantitative, transversale et descriptive au moyen d'un questionnaire évaluant les différents aspects de la qualité de vie des médecins généralistes a été réalisée.

Contrairement aux autres études déjà réalisées sur le sujet, aucune hypothèse de supériorité en faveur d'un mode d'exercice ou un autre n'a été formulée.

2.2 Population

Les critères d'inclusion sont d'être un(e) médecin généraliste installé(e) en MSP ou en CDS, dans la région des Hauts-de-France. Nous souhaitons avoir une population dont la seule différence était le mode de rémunération (libéral ou salarié).

Les critères d'exclusion sont tous les autres modes d'installation (exercice libéral isolé, hospitalier, en cabinet pluriprofessionnel mais non coordonné, exercice mixte, regroupements mono professionnels).

2.3 Recrutement et diffusion du questionnaire

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait grâce à plusieurs intermédiaires. Le questionnaire de la thèse a été diffusé aux médecins par l'ARS des Hauts-de-France, par e-mail. La FEMAS (Fédération Régionale des structures d'exercice coordonné) et le CDOM du Nord (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord) ont publié un lien sur leur site internet renvoyant au questionnaire. Nous avons également utilisé les réseaux sociaux (Facebook, sur des groupes de médecins) pour faire connaître le questionnaire. Nous avons utilisé l'outil LIMESURVEY en ligne pour créer et diffuser le questionnaire. Le recueil des données

a été réalisé sur une période de trois mois, du 01/09/2021 au 30/11/2021 avec deux relances effectuées.

2.4 Questionnaire utilisé

2.4.1 Elaboration du questionnaire

Pour construire ce questionnaire, nous nous sommes inspirés de l'étude du Dr Elsa Lemaignan (15), qui avait utilisé le profil de Duke, le score de Karasek et l'échelle de Diener.

A ces trois scores, nous avons ajouté des questions portant sur les caractéristiques démographiques de la population étudiée, une échelle visuelle de la qualité de vie globale, ainsi qu'une question ouverte permettant aux répondants de donner un point fort et un point faible sur leur mode d'exercice.

Le questionnaire a été testé sur 17 personnes, médecins et non médecins. Cette phase de test a permis d'obtenir une moyenne de temps de remplissage de 7 minutes, de corriger les fautes d'orthographe ou de grammaire présentes et de rendre le questionnaire plus lisible dans son ensemble.

La possibilité a été laissée aux participants de contacter l'auteure de la thèse afin d'en obtenir les résultats.

2.4.2 Contenu final du questionnaire

Le questionnaire dans sa totalité est disponible en annexe 8.

2.4.2.1 Description de la population étudiée

Cette première partie permet de définir les caractéristiques générales de la population interrogée : sexe, âge, statut marital, nombre d'enfants, l'année d'installation, le mode d'exercice (salarié ou libéral), le lieu d'exercice (urbain, rural ou semi-rural), le nombre de jours travaillés par semaine, le nombre de semaines de vacances par an, l'activité de Maître de Stage des Universités (MSU).

2.4.2.2 Commentaires libres sur le mode d'exercice

La question numéro 11 interroge sur un point fort et un point faible des différents modes d'exercice.

2.4.2.3 Echelle visuelle de qualité de vie

Cette échelle attribue une note comprise entre 0 et 10 sur la qualité de vie globale subjective des médecins.

2.4.2.4 Echelle de Diener

Cette échelle, créée par le psychologue américain Ed Diener, intitulée Life with Satisfaction Scale, ou Echelle de Satisfaction de Vie en Français, est basée sur le postulat que le bien être subjectif est déterminé par trois composantes (17) :

- Les émotions positives
- Les émotions négatives
- La satisfaction par rapport à sa vie (évaluation cognitive de sa vie)

Il s'agit d'une évaluation globale de sa vie selon les propres critères de la personne interrogée.

Le test comprend 5 énoncés, évalués sur une échelle de Likert de 1 à 7. Le score résulte de l'addition de chaque énoncé. Un score supérieur à 30 indique une grande satisfaction de vie, un score de 20 indique que le répondant n'est ni satisfait ni insatisfait, un score inférieur à 9 indique une insatisfaction extrême à l'égard de la vie. Le Life With Satisfaction Scale a été soumis à une validation transculturelle en français en 1989 (18) (Annexe 5).

2.4.2.5 Profil de Duke

Il s'agit d'un auto-questionnaire comprenant 17 questions, explorant les 10 dimensions suivantes : Physique, Mentale, Sociale, Générale, Santé Perçue, Estime de soi, Anxiété, Dépression, Douleur, Incapacité (Annexe 6).

Ce score élaboré aux Etats-Unis en 1989, a été traduit et adapté en langue française en 1995 (19). Les réponses sont notées 0, 1 ou 2 selon leur qualité croissante en termes de santé (les questions sont formulées de façon négative, le codage tient compte de cette inversion). Les scores calculés peuvent aller de 0 à 100. Le meilleur score de qualité de vie est 100 sauf pour les dimensions anxiété, douleur, dépression et incapacité pour lesquelles le meilleur score est 0.

2.4.2.6 Score de Karasek

Il permet de faire le lien entre le vécu au travail et les risques que ce travail fait courir à la santé. Il s'appuie sur un questionnaire qui permet d'évaluer pour chaque travailleur l'intensité de la demande psychologique à laquelle il est soumis, la latitude décisionnelle dont il dispose et le soutien social qu'il reçoit sur son lieu de travail (20).

L'évaluation de la demande psychologique est composée par l'évaluation de la quantité de travail, son intensité et son caractère plus ou moins morcelé tels qu'ils sont ressentis. La latitude décisionnelle est décrite par la marge de manœuvre dont le répondant estime disposer pour peser sur les décisions dans son travail, aux possibilités d'utiliser et aussi de développer ses compétences. Le soutien social décrit l'aide dont on peut bénéficier, de la part de ses supérieurs hiérarchiques ou de ses collègues.

Ce modèle permet de situer les salariés sur un graphique défini selon deux axes :

- La demande psychologique en ordonnée.
- La latitude décisionnelle en abscisse.

Le score est composé de 26 questions, 9 pour la demande psychologique, 9 pour la latitude décisionnelle, 7 pour le soutien social. Les réponses sont cotées de 1 à 4 : « Pas du tout d'accord » « Pas d'accord », « D'accord » « Tout à fait d'accord ». Nous avons intégré l'option « Non concerné(e) » qui cote pour 0 (Annexe 7).

On calcule ainsi un score pour chacune des 3 dimensions. On calcule ensuite la valeur de la médiane de chacun des scores.

Ceci permet de différencier deux profils :

Le job strain : ou travail tendu, *strain* signifiant tension en anglais, est la combinaison d'une faible latitude décisionnelle et d'une forte demande psychologique. En pratique, si le score de demande psychologique est supérieur à 20 et le score latitude décisionnelle inférieur à 71, le salarié est dans le cadran « job strain ».

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

Tableau 3 : Définition des catégories professionnelles selon Karasek

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

Figure 7 : Illustration du modèle de Karasek (source : Etude SUMER 2003 (20))

2.4.2.7 Commentaires libres

Cette section a été créée pour laisser la possibilité aux médecins interrogés d'écrire un ou plusieurs commentaires sur leur qualité de vie ou sur le questionnaire.

2.5 Analyse des données

2.5.1 Analyses statistiques

Le recueil des données et les calculs des scores ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel. Les analyses statistiques ont été confiées à un biostatisticien.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart-type ou par la médiane et l'intervalle interquartile. La normalité des distributions a été vérifiée par l'intermédiaire du test de Shapiro-Wilks. Les variables qualitatives ont été décrites par la fréquence et le pourcentage.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables qualitatives ont été comparées entre les groupes grâce à des tests de Khi-Deux. En cas de non-validité de ces tests (effectifs théoriques <5), des tests exacts de Fisher ont été utilisés.

Si les effectifs étaient suffisants, les variables quantitatives ont été comparées entre les groupes grâce à des tests de Student. En cas de non-validité de ces tests (distribution non normale), des tests de Wilcoxon ont été utilisés.

Une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) cherchant à identifier des profils de répondants par rapport aux différents scores a été lancée.

Le seuil de significativité a été fixé à 0.05. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 3.6.2.

2.5.2 Analyse descriptive

Une analyse descriptive a été utilisée pour la lecture des commentaires libres (question 11 : « citez un point fort et un point faible de votre mode d'exercice », et question 61 : « avez-vous des commentaires supplémentaires sur votre qualité de vie ? »).

2.6 Cadre réglementaire et éthique

Le questionnaire de la thèse a été soumis à une déclaration au comité de protection des personnes de l'Université de Lille, qui l'a déclaré conforme au regard de la loi informatique et libertés. Il est inscrit sous la référence 2022-053.

3 Résultats

3.1 Description des médecins à l'inclusion

3.1.1 Nombre de répondants

81 médecins ont répondu au questionnaire lors de la période de recueil des données. Cinq d'entre eux ont été exclus car ils n'exerçaient ni en MSP ni en CDS. Au final, sur un total de 666 médecins exerçant en MSP dans les Hauts-de-France, 57 ont répondu, et sur 100 médecins généralistes salariés en CDS, 19 ont répondu. On obtient ainsi la répartition suivante selon le statut, avec une majorité de médecins libéraux.

Répartition des 76 répondants selon leur statut professionnel

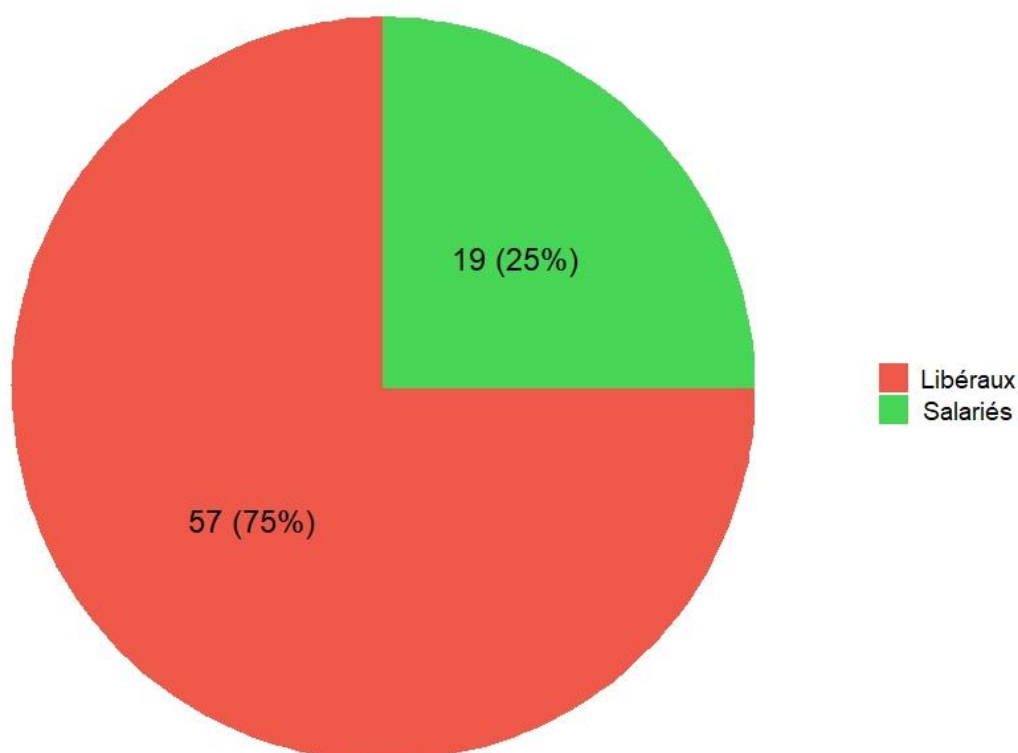


Figure 8 : répartition des répondants selon leur statut professionnel

3.1.2 Principales caractéristiques des répondants

Au total, l'étude comprend une majorité d'hommes dans les MSP et une majorité de femmes dans les CDS. Cette différence a été montrée de façon significative.

Paramètre	Modalité	Libéraux N=57	Salariés N=19	pvalue
Sexe	Femme	13 (22.8%)	11 (57.9%)	0.004
	Homme	44 (77.2%)	8 (42.1%)	
Age	N	57	19	0.71
	Moyenne ± Ecart-type	46.23 ± 11.82	44.84 ± 14.4	
	Médiane (Q1;Q3)	43 (37 ; 57)	37 (33.5 ; 57)	
	Minimum ; Maximum	28 ; 70	29 ; 71	
Statuts	Célibataire	6 (10.5%)	1 (5.3%)	0.77
	En couple	15 (26.3%)	4 (21.1%)	
	Marié/Pacsé	36 (63.2%)	14 (73.7%)	
Nombre d'enfants	N	57	19	0.91
	Moyenne ± Ecart-type	1.98 ± 1.33	1.95 ± 1.35	
	Médiane (Q1;Q3)	2 (1 ; 3)	2 (1 ; 3)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 5	0 ; 5	
Ancienneté (en années)	N	56	19	0.095
	Données manquantes	1	0	
	Moyenne ± Ecart-type	15.8 ± 12.13	11.95 ± 14.27	
	Médiane (Q1;Q3)	12.5 (5.75 ; 28)	5 (3 ; 17.5)	
Zone d'exercice	Minimum ; Maximum	1 ; 44	1 ; 44	0.18
	Rurale	16 (28.1%)	3 (15.8%)	
	Semi-rurale Urbaine	22 (38.6%) 19 (33.3%)	5 (26.3%) 11 (57.9%)	
Nombre de jours travaillés par semaine	N	57	19	0.060
	Moyenne ± Ecart-type	4.82 ± 0.8	4.32 ± 1.06	
	Médiane (Q1;Q3)	5 (4 ; 5)	4 (4 ; 5)	
	Minimum ; Maximum	3 ; 6	2 ; 6	
Nombre de semaines de vacances par an	N	57	19	0.22
	Moyenne ± Ecart-type	6.74 ± 3.24	6.21 ± 1.75	
	Médiane (Q1;Q3)	7 (5 ; 8)	6 (5 ; 6.5)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 24	4 ; 11	
Maître de stage des Universités	Non	17 (30.9%)	16 (84.2%)	<0.001
	Oui	38 (69.1%)	3 (15.8%)	
	Données manquantes	2	0	

Tableau 2 : Principales caractéristiques des répondants en fonction de leur groupe

Le groupe des libéraux comprend plus de MSU que les salariés. L'analyse des autres critères démographiques (l'âge, le statut familial, le temps de travail, etc.) n'a pas montré de différence statistique significative.

Ce tableau reprend toutes les caractéristiques des répondants recueillies dans le questionnaire.

3.2 Analyses statistiques des scores de qualité de vie

3.2.1 Echelle visuelle de qualité de vie

Paramètre	Modalité	Libéraux N=57	Salariés N=19	pvalue
Echelle visuelle QDV (/10)	N	57	19	
	Moyenne ± Ecart-type	7.75 ± 1.44	7.84 ± 1.17	0.79
	Médiane (Q1; Q3)	8 (7 ; 9)	8 (7 ; 9)	
	Minimum ; Maximum	3 ; 10	5 ; 9	

Tableau 3 : Comparaison statistique des scores d'échelle visuelle de qualité de vie des deux groupes

L'échelle visuelle de qualité de vie était en moyenne plus élevée chez les salariés que chez les libéraux, sans différence statistique significative. La médiane, égale à 8/10, était identique dans les deux groupes.

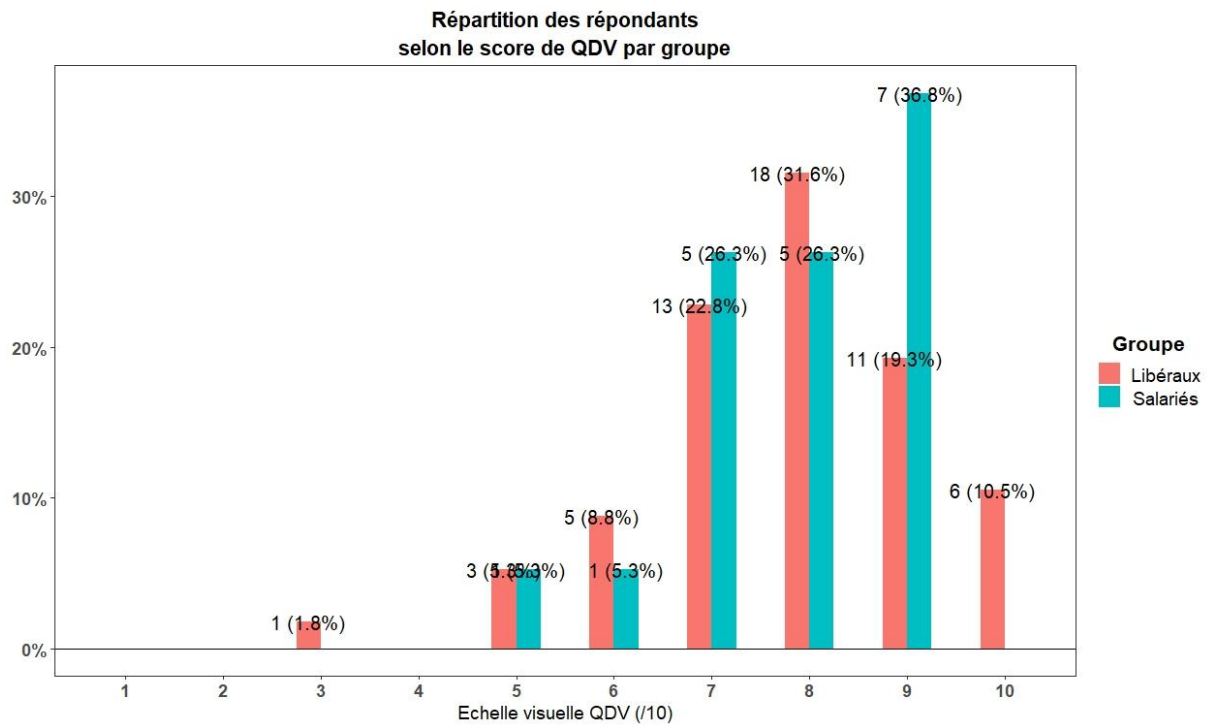


Figure 9 : Répartition des répondants des deux groupes selon l'échelle visuelle de qualité de vie

3.2.2 Echelle de Diener

Paramètre	Modalité	Libéraux N=57	Salariés N=19	pvalue
Score de Diener (/35)	N	57	19	
	Moyenne ± Ecart-type	28.95 ± 4.53	26.11 ± 5.05	
	Médiane (Q1;Q3)	29 (27 ; 32)	27 (22.5 ; 30)	0.032
	Minimum ; Maximum	7 ; 35	17 ; 33	

Tableau 4 : Comparaison statistique des scores de l'échelle de Diener entre les deux groupes

Il existe une différence significative pour l'échelle de Diener en faveur des libéraux, qui éprouvaient une plus grande satisfaction de vie que les salariés.

Comparaison du score de Diener entre les groupes

pvalue=0.032

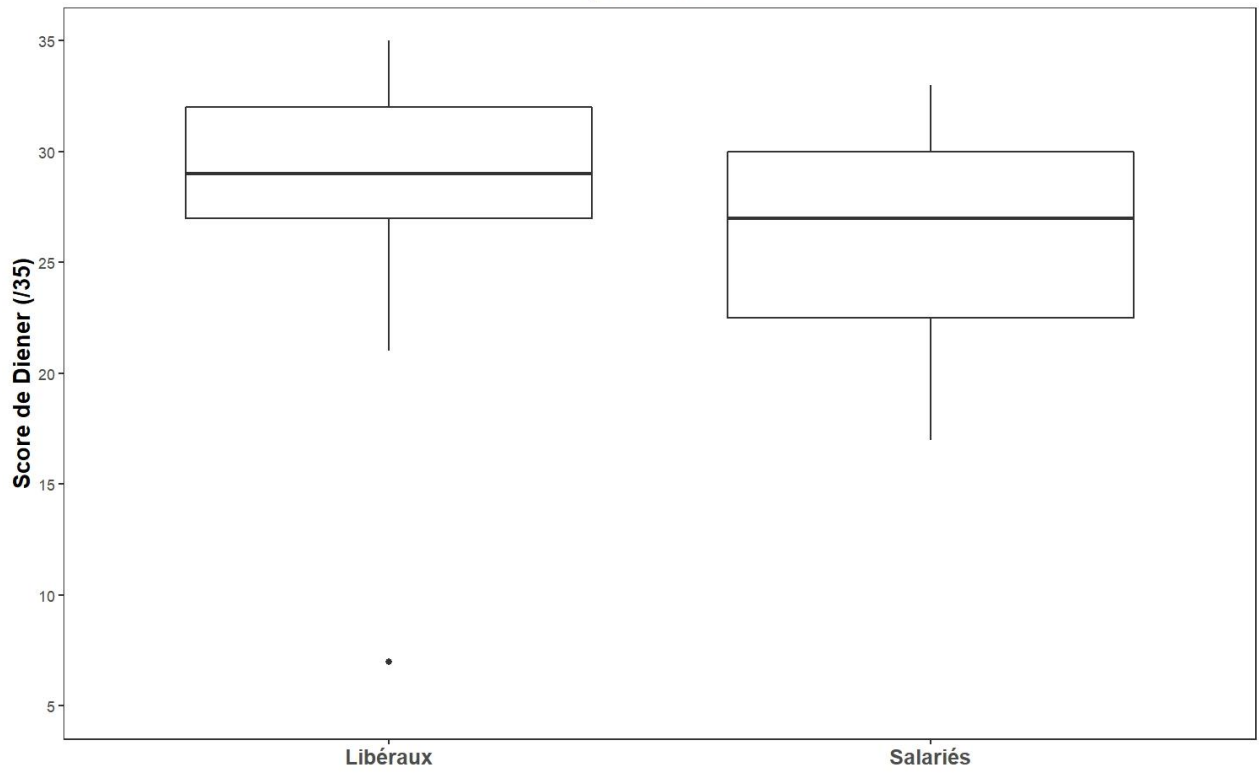


Figure 10 : Diagramme en boîte à moustache représentant les scores de Diener des deux groupes

3.2.3 Profil de Duke

Intitulé des scores	Libéraux N=57	Salariés N=19	pvalue
Santé physique	90 (70 ; 90)	70 (55 ; 85)	0.031
Santé mentale	50 (40 ; 60)	50 (40 ; 55)	0,96
Santé sociale	70 (60 ; 80)	60 (50 ; 70)	0.15
Santé générale	66.67 (56.67 ; 73.33)	60 (50 ; 68.33)	0.059
Santé perçue	100 (50 ; 100)	100 (50 ; 100)	0.91
Estime de soi	50 (50 ; 60)	50 (40 ; 60)	0.79
Score d'anxiété	58.33 (50 ; 66.67)	41.67 (41.67 ; 58.33)	0.019
Score de dépression	60 (50 ; 80)	60 (40 ; 70)	0.18
Score de douleur	100 (50 ; 100)	50 (50 ; 100)	0.088
Score d'incapacité	100 (100 ; 100)	100 (100 ; 100)	0.25

Tableau 5 : Comparaison statistique des scores du profil de Duke entre les deux groupes (Médiane (Q1;Q3))

L'analyse statistique démontre qu'il existait une différence statistique significative en faveur des libéraux pour le score de santé physique et le score d'anxiété. Pour rappel, plus le score d'anxiété est élevé, moins le répondant est anxieux. Pour les autres scores, aucune différence statistique n'a été démontrée.

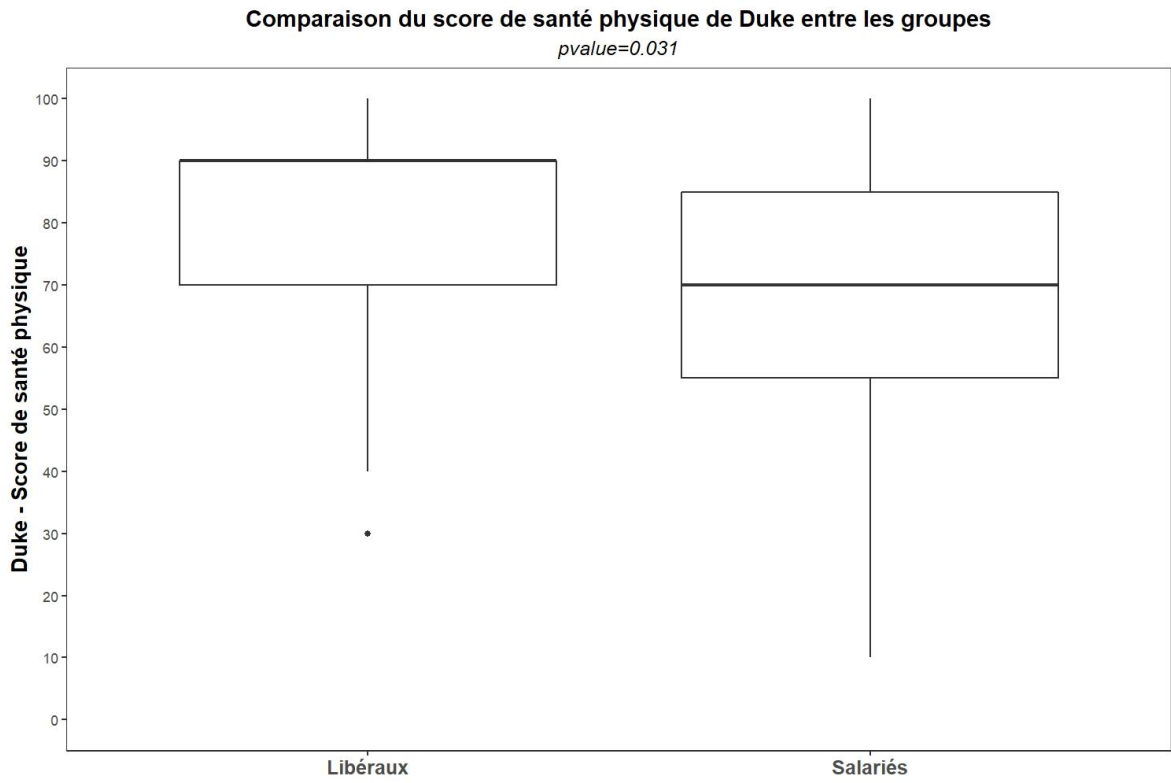


Figure 11 : Diagramme en boîte à moustache représentant les scores de santé physique de Duke entre les deux groupes.

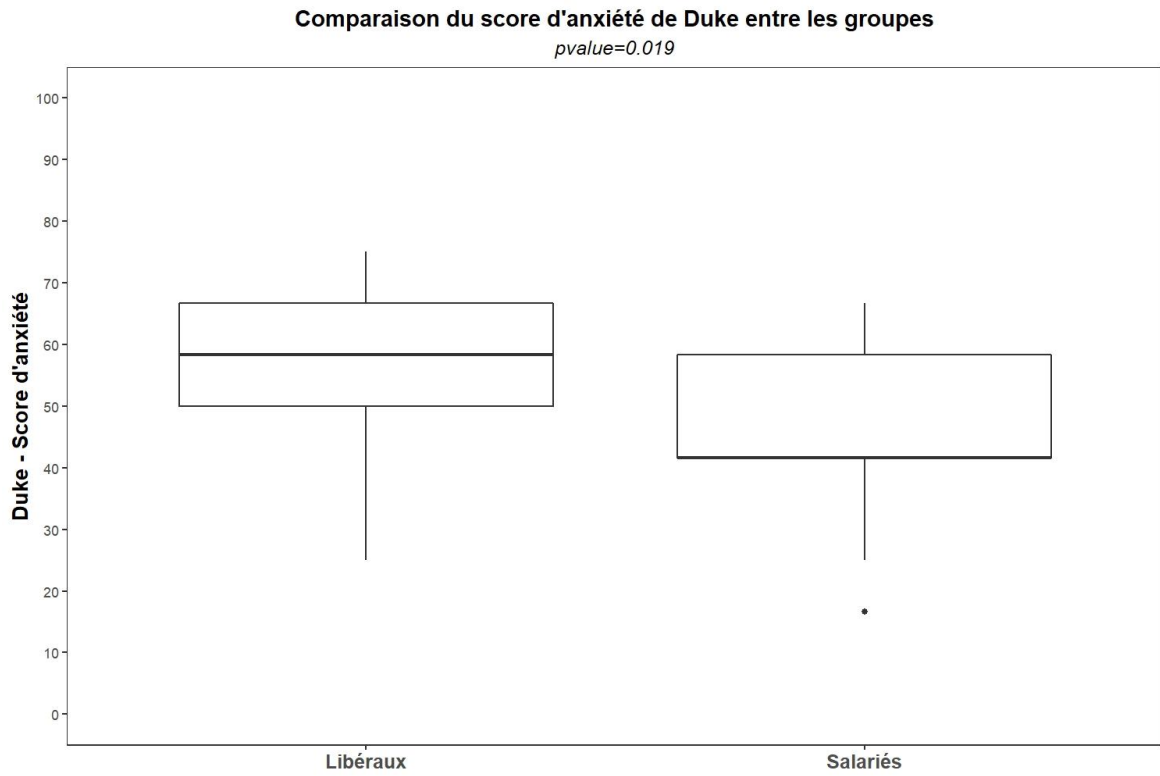


Figure 12 : Diagramme en boîte à moustache représentant les scores d'anxiété de Duke entre les deux groupes.

3.2.4 Score de Karasek

Paramètre	Modalité	Libéraux N=57	Salariés N=19	pvalue
Karasek - Score de demande psychologique	N	57	19	0.34
	Moyenne ± Ecart-type	23.79 ± 3.85	24.95 ± 3.78	
	Médiane (Q1;Q3)	23 (22 ; 26)	25 (22 ; 27)	
	Minimum ; Maximum	13 ; 33	19 ; 32	
Karasek - Score de latitude décisionnelle	N	57	19	0.89
	Moyenne ± Ecart-type	77.51 ± 11.05	78.63 ± 9.71	
	Médiane (Q1;Q3)	80 (72 ; 84)	78 (71 ; 87)	
	Minimum ; Maximum	34 ; 96	58 ; 94	
Karasek - Score de soutien social	N	57	19	<0.001
	Moyenne ± Ecart-type	13.21 ± 4.21	20.53 ± 6.85	
	Médiane (Q1;Q3)	13 (12 ; 16)	23 (14.5 ; 26.5)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 27	11 ; 30	
Profil	Actif	41 (71.9%)	13 (68.4%)	NA
	Détendu	3 (5.3%)	1 (5.3%)	
	Passif	3 (5.3%)	0 (0%)	
	Tendu	10 (17.5%)	5 (26.3%)	

Tableau 6 : Comparaison statistique des scores de Karasek entre les deux groupes

L'analyse statistique démontre un score de soutien social plus important chez les salariés, de manière significative. Il n'y avait pas de différence significative démontrée concernant la demande psychologique et la latitude décisionnelle.

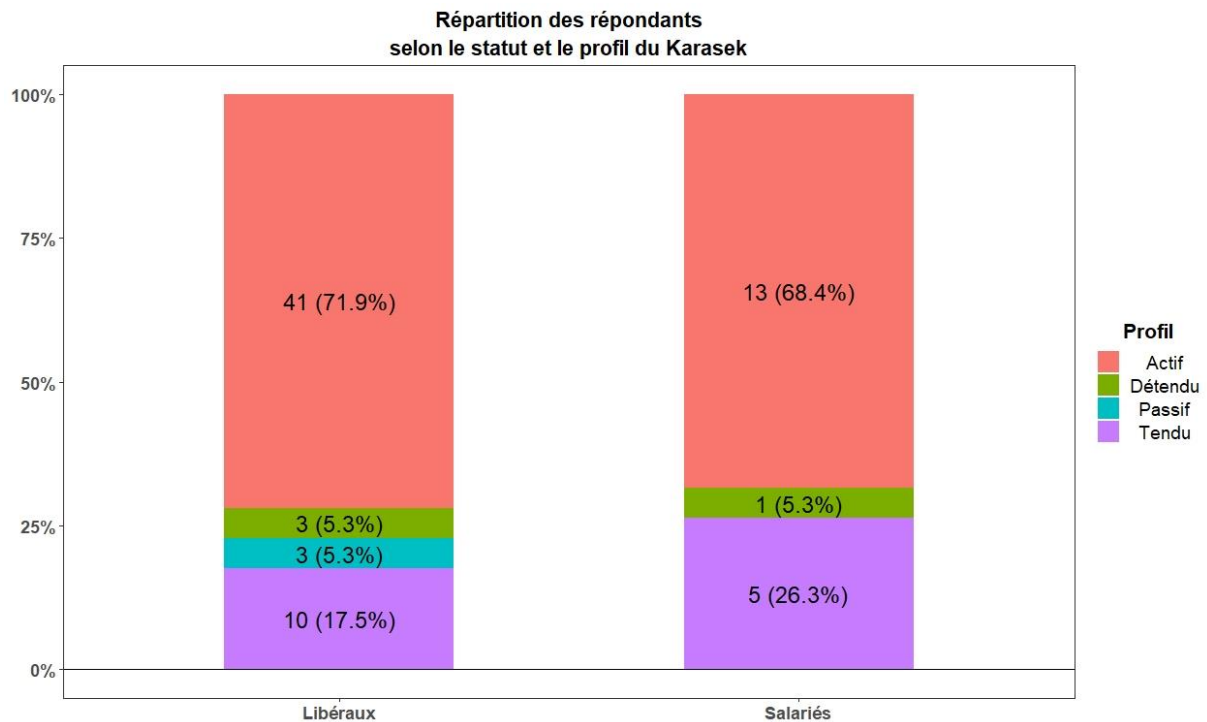


Figure 13 : Graphique représentant la répartition des profils de Karasek des deux groupes

Concernant la mesure des différents profils dans l'étude :

Le profil « tendu » ou en « job strain » regroupe les médecins qui ont une demande psychologique élevée et une latitude décisionnelle faible. Ils étaient 5 parmi les salariés (soit 26,3%) et 10 parmi les libéraux (soit 17,5%).

Le profil « iso strain » qui regroupe les médecins tendus ou en « job strain » avec un faible score de soutien social, concernait 4 salariés et 10 libéraux (respectivement 21,05 % et 17,54%).

La comparaison statistique de l'étude des différents profils (Tendu ou en job strain, Détendu, Actif ou Passif) n'a pas pu être réalisée, en raison d'un manque de participants.

3.3 Analyse des correspondances multiples

3.3.1 Analyse des correspondances multiples avec l'échelle de Diener

En sélectionnant les variables qualitatives du questionnaire de recherche, à partir des réponses des dix premières questions (âge, sexe, statut marital, nombre d'enfants etc.), ainsi que les résultats de l'échelle de Diener, un seul profil se dégage : insatisfaction de vie extrême, célibat, nombre de semaines de congés élevé.

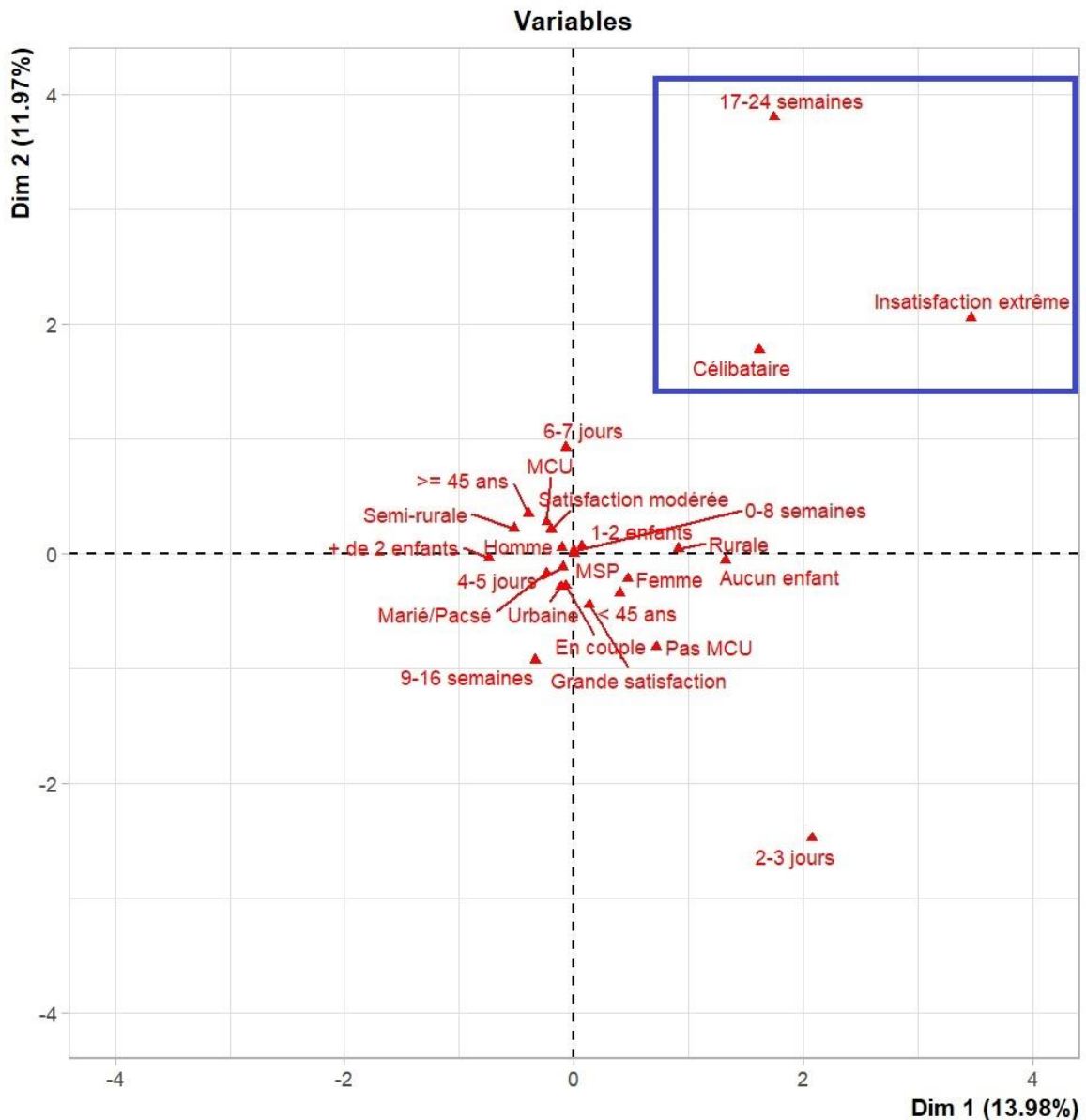


Figure 14 : Analyse des correspondances multiples avec l'échelle de Diener

3.3.2 Analyse des correspondances multiples avec l'échelle de Diener, le profil de Duke et le score de Karasek.

Cette analyse a été infructueuse ne permettant pas d'établir un profil particulier.

3.4 Analyse des commentaires libres

3.4.1 Commentaires des médecins libéraux sur leur mode d'exercice

3.4.1.1 Les points forts

- Le travail en équipe pluriprofessionnelle, c'est le point fort le plus cité par les libéraux : « *travail en équipe* », « *exercice coordonné pluriprofessionnel* », « *les échanges interprofessionnels* ».
- Les avantages du travail en équipe : La « *convivialité* », « *l'ambiance* », « *l'entraide* », « *le partage d'expérience* », « *la disponibilité* », « *l'adaptabilité* ».
- Une liberté d'exercice « *liberté* », « *l'indépendance* », la « *liberté d'exercice* », la « *liberté de mon mode de fonctionnement* ».
 - Une liberté d'organiser son planning : la « *liberté d'organisation* », la « *flexibilité de l'emploi du temps* », « *l'aménagement horaire* ».
 - Une liberté par rapport aux congés : « *possibilité de prendre des vacances plus facilement* », « *la continuité des soins malgré mes absences* ».
- Le « *confort de travail* ».
- L'intérêt intellectuel : Un travail « *passionnant* » et « *intéressant* ».

3.4.1.2 Les points faibles

- La gestion estimée difficile de la MSP : « *gestion chronophage* », « *chronophage* », « *lourdeur de la gestion de la structure physique* », « *l'organisation de la MSP* ».
- Les tâches administratives ont particulièrement été pointées du doigt : « *L'administratif* », « *lourdeur administrative* », « *les charges administratives liées à la gestion comptable, humaine* ».
- Le financement : « *charges financières de fonctionnement lourdes* », « *Financement non pérenne* », la « *difficulté de s'arrêter par rapport aux revenus* ».
- La communication entre les professionnels, qui peut être difficile et ressentie comme oppressante : « *Compromis entre les acteurs difficiles* », « *pauvreté des échanges interprofessionnels* », « *dialogue entre praticiens* », « *gestion des conflits* ». Un médecin a aussi estimé que le « *pluriprofessionnel* » était un point faible. Un autre cite « *ne jamais être seul : du coup "obligation" de toujours discuter les décisions (non médicales), obligation de prise en charge globale du patient avec les RCP* ».
- La charge de travail en général : « *Quantité de travail* », « *Intensité de l'activité* », « *charge de travail importante* » « *manque de temps* », « *surmenage professionnel* » « *surmenage* », « *grosse charge de travail pour répondre à toutes les demandes des patients* », « *hypersollicitation* », les « *horaires* ».
- Le « manque de reconnaissance » a été cité par un médecin.
- Autres points faibles cités : « *le COVID* », « *la pédiatrie* ».

- La démographie médicale en diminution : le « *manque de médecins* », « *la pénurie (temporaire) de médecins* ».
- Enfin, certains médecins n'ont trouvé aucun point faible.

3.4.2 Commentaires des médecins salariés sur leur mode d'exercice

3.4.2.1 Les points forts

- L'absence de tâches administratives liées à la gestion du cabinet, notamment de comptabilité, est le point fort qui est le plus souvent mentionné.
« *Moins d'administratif, plus de médecine* », « *pas de tâches administratives sauf celles en lien direct avec la fonction de médecin* », « *recentrage de l'activité sur le soin lié à une moindre gestion administrative* », « *absence totale de charges administratives* », « *pas de gestion du cabinet ni de comptabilité* », « *pas de comptabilité* », « *ne plus faire de comptabilité* ».
- Le statut professionnel : « *salarial* », « *être salarié* ».
- Le travail en équipe a également été cité : « *travail en équipe* », « *travail en groupe* », « *discussion entre les collègues* »,
 - Ainsi que les avantages de celui-ci : « *cohésion, partage, échange, soutien* », « *convivialité* ».
- Les conditions de travail : « *bon revenu* », « *confort de travail* », « *adaptabilité* ».
- L'exercice coordonné : « *la médecine coordonnée* ».

3.4.2.2 Les points faibles

- Restriction des libertés d'exercice :
« Pas de bureau personnel », « moindre liberté individuelle totale par rapport à la médecine libérale », « obligation de respecter la charte des centres de santé », « impossibilité de choix du rythme des consultations », « structure avec moins de marge d'action ».
- Des congés limités : « peu de congés », « se coordonner avec les collègues pour les congés ».
- Une hiérarchie qui fixe les règles : « soumis à certaines exigences de la direction », « dépendance d'une hiérarchie ».
- Les difficultés liées à l'exercice coordonné : « difficultés d'organisation », « difficulté de coordination du fait du nombre », « pas de travail avec les pairs libéraux ».
- Un revenu moindre selon un médecin : « rétribution moins importante qu'un médecin libéral ».
- Autres points faibles cités : « quartier difficile », « distance travail-domicile », « peu de vie familiale ».

3.4.3 Commentaires libres laissés par les médecins : dernière question du questionnaire

Pour rappel, la dernière question du questionnaire était : « Avez-vous des remarques supplémentaires à faire sur votre qualité de vie ? ». Voici les réponses des médecins :

- En MSP :
 - « *Le passage en MSP a pour l'instant altéré ma qualité de vie de par la pression des tutelles et l'augmentation des tâches administratives* ».
 - « *Heureux mais grosse pression financière (les charges ne s'arrêtent jamais et le statut de libéral fait qu'il faut tout prévoir)* »
 - « *Le plus difficile est de concilier la vie de famille et les horaires de travail* »
 - « *Il faut se donner les moyens pour améliorer sa qualité de vie* »
 - « *Plutôt correcte, on a que le bon temps que l'on se donne* »
 - « *Bonne qualité de vie actuellement* »
 - « *Travailler en MSP améliore certainement la qualité de vie ++* »
 - « *Non mais tout le monde n'a pas de supérieur* »
 - « *Bonne qualité de vie à mon sens mais une meilleure organisation des soins en France et particulièrement dans les fameux « déserts médicaux » (mon cas) me la rendrait encore meilleure professionnellement et personnellement.* »

- En CDS :
 - « *Les centres de santé avec soutien administratif des médecins et salariat me paraissent être l'avenir. Pour attirer de nouveaux médecins, il faudrait envisager un meilleur salaire.* »
 - « *Intense, riche mais fatigante* »
 - « *Très peu considéré par mes confrères spécialistes, manque de temps libre* ».

Enfin, 48 médecins n'ont pas répondu à cette question et 8 ont répondu « *non* ».

3.5 Résultats plus détaillés des analyses statistiques

L'analyse statistique a également été menée en comparant les résultats de l'étude selon deux critères : le sexe (homme ou femme) et l'âge (plus de 45 ans ou moins de 45 ans) des participants.

3.5.1 Comparaison des résultats selon le sexe

3.5.1.1 Echelle visuelle de qualité de vie et score de Diener

Paramètre	Modalité	Sexe		pvalue
		Homme N=52	Femme N=24	
Echelle visuelle QDV (/10)	N	52	24	0.94
	Moyenne ± Ecart-type	7.77 ± 1.48	7.79 ± 1.14	
	Médiane (Q1;Q3)	8 (7 ; 9)	8 (7 ; 8.25)	
	Minimum ; Maximum	3 ; 10	6 ; 10	
Score de Diener (/35)	N	52	24	0.26
	Moyenne ± Ecart-type	28.58 ± 5.04	27.5 ± 4.23	
	Médiane (Q1;Q3)	29 (26.75 ; 32)	29 (25.75 ; 30)	
	Minimum ; Maximum	7 ; 35	18 ; 35	

Tableau 7 : Comparaison statistique selon le sexe des scores de l'échelle visuelle de qualité de vie et de l'échelle de Diener

Concernant l'échelle visuelle de qualité de vie et le score de Diener, il n'existe pas de différence significative.

3.5.1.2 Profil de Duke

Paramètre	Modalité	Sexe		pvalue
		Homme N=52	Femme N=24	
Duke - Score de santé physique	N	52	24	0.21
	Moyenne ± Ecart-type	79.04 ± 17.18	70.83 ± 24.12	
	Médiane (Q1;Q3)	80 (70 ; 90)	70 (60 ; 90)	
	Minimum ; Maximum	30 ; 100	10 ; 100	
Duke - Score de santé mentale	N	52	24	0.54
	Moyenne ± Ecart-type	48.65 ± 12.37	46.67 ± 15.51	
	Médiane (Q1;Q3)	50 (40 ; 60)	50 (40 ; 60)	
	Minimum ; Maximum	20 ; 70	20 ; 80	
Duke - Score de santé sociale	N	52	24	0.66
	Moyenne ± Ecart-type	64.81 ± 15.53	66.25 ± 14.39	
	Médiane (Q1;Q3)	70 (60 ; 80)	70 (50 ; 80)	
	Minimum ; Maximum	20 ; 90	40 ; 80	
Duke - Score de santé générale	N	52	24	0.38
	Moyenne ± Ecart-type	64.17 ± 10.98	61.25 ± 13.11	
	Médiane (Q1;Q3)	65 (56.67 ; 73.33)	58.33 (53.33 ; 73.33)	
	Minimum ; Maximum	36.67 ; 80	33.33 ; 80	
Duke - Score de santé perçue	N	52	24	0.93
	Moyenne ± Ecart-type	74.04 ± 30.5	70.83 ± 41.49	
	Médiane (Q1;Q3)	100 (50 ; 100)	100 (50 ; 100)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 100	0 ; 100	
Duke - Score d'estime de soi	N	52	24	0.65
	Moyenne ± Ecart-type	52.5 ± 14.8	52.92 ± 11.97	
	Médiane (Q1;Q3)	55 (50 ; 60)	50 (47.5 ; 60)	
	Minimum ; Maximum	10 ; 70	30 ; 80	
Duke - Score d'anxiété	N	52	24	0.10
	Moyenne ± Ecart-type	54.65 ± 12.5	48.61 ± 15.08	
	Médiane (Q1;Q3)	58.33 (41.67 ; 66.67)	50 (41.67 ; 58.33)	
	Minimum ; Maximum	25 ; 75	16.67 ; 75	
Duke - Score de dépression	N	52	24	0.25
	Moyenne ± Ecart-type	61.73 ± 17.79	57.08 ± 17.32	
	Médiane (Q1;Q3)	60 (50 ; 80)	60 (40 ; 70)	
	Minimum ; Maximum	20 ; 90	30 ; 90	
Duke - Score de douleur	N	52	24	0.68
	Moyenne ± Ecart-type	70.19 ± 28.46	72.92 ± 29.41	
	Médiane (Q1;Q3)	50 (50 ; 100)	75 (50 ; 100)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 100	0 ; 100	
Duke - Score d'incapacité	N	52	24	0.17
	Moyenne ± Ecart-type	94.23 ± 21.36	100 ± 0	
	Médiane (Q1;Q3)	100 (100 ; 100)	100 (100 ; 100)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 100	100 ; 100	

Tableau 8 : Comparaison statistique selon le sexe des scores du profil de Duke

L'analyse statistique ne démontre pas non plus de différence statistique entre les deux sexes avec le Profil de Duke.

3.5.1.3 Score de Karasek

Paramètre	Modalité	Sexe		pvalue
		Homme N=52	Femme N=24	
Karasek - Score de demande psychologique	N	52	24	0.22
	Moyenne ± Ecart-type	23.73 ± 4.03	24.83 ± 3.33	
	Médiane (Q1;Q3)	23 (21.75 ; 26.25)	25 (23 ; 26.5)	
	Minimum ; Maximum	13 ; 33	18 ; 31	
Karasek - Score de latitude décisionnelle	N	52	24	0.57
	Moyenne ± Ecart-type	77.35 ± 11.27	78.75 ± 9.41	
	Médiane (Q1;Q3)	80 (72 ; 84.5)	79 (71.5 ; 86)	
	Minimum ; Maximum	34 ; 92	60 ; 96	
Karasek - Score de soutien social	N	52	24	0.013
	Moyenne ± Ecart-type	13.83 ± 5.37	17.67 ± 6.2	
	Médiane (Q1;Q3)	13 (12 ; 16)	15 (12 ; 23.75)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 30	12 ; 29	

Tableau 9 : Comparaison statistique selon le sexe des scores de Karasek

Selon l'analyse statistique, il existe une différence statistique en faveur des femmes qui avaient un score de soutien social plus élevé que les hommes.

3.5.2 Comparaison des résultats selon l'âge

3.5.2.1 Echelle visuelle de qualité de vie et échelle de Diener

L'analyse des résultats concernant l'échelle visuelle de qualité de vie et l'échelle de Diener n'ont pas montré de différence significative en fonction de l'âge des participants.

Paramètre	Modalité	Age		pvalue
		< 45 ans N=42	≥ 45 ans N=34	
Echelle visuelle QDV (/10)	N	42	34	0.69
	Moyenne ± Ecart-type	7.83 ± 1.41	7.71 ± 1.34	
	Médiane (Q1;Q3)	8 (7 ; 9)	8 (7 ; 8.75)	
	Minimum ; Maximum	3 ; 10	5 ; 10	
Score de Diener (/35)	N	42	34	0.95
	Moyenne ± Ecart-type	28.05 ± 5.21	28.47 ± 4.3	
	Médiane (Q1;Q3)	29 (26.25 ; 31.75)	28.5 (26 ; 32.75)	
	Minimum ; Maximum	7 ; 35	17 ; 35	

Tableau 10 : Comparaison statistique selon l'âge des scores d'échelle visuelle de qualité de vie et des scores de Diener

3.5.2.2 Profil de Duke

De même, on ne retrouve pas de différence significative avec le profil de Duke.

Paramètre	Modalité	Age		pvalue
		< 45 ans N=42	≥ 45 ans N=34	
Duke - Score de santé physique	N	42	34	0.48
	Moyenne ± Ecart-type	77.86 ± 19.57	74.71 ± 20.34	
	Médiane (Q1;Q3)	80 (70 ; 90)	80 (60 ; 90)	
	Minimum ; Maximum	10 ; 100	30 ; 100	
Duke - Score de santé mentale	N	42	34	0.90
	Moyenne ± Ecart-type	47.86 ± 14.74	48.24 ± 11.67	
	Médiane (Q1;Q3)	50 (40 ; 60)	50 (40 ; 60)	
	Minimum ; Maximum	20 ; 80	30 ; 70	
Duke - Score de santé sociale	N	42	34	0.62
	Moyenne ± Ecart-type	64.29 ± 16.1	66.47 ± 13.9	
	Médiane (Q1;Q3)	70 (50 ; 80)	70 (60 ; 80)	
	Minimum ; Maximum	20 ; 90	30 ; 90	
Duke - Score de santé générale	N	42	34	0.79
	Moyenne ± Ecart-type	63.33 ± 12.36	63.14 ± 10.98	
	Médiane (Q1;Q3)	65 (53.33 ; 73.33)	63.33 (54.17 ; 72.5)	
	Minimum ; Maximum	33.33 ; 80	40 ; 80	
Duke - Score de santé perçue	N	42	34	0.16
	Moyenne ± Ecart-type	76.19 ± 37.02	69.12 ± 30.19	
	Médiane (Q1;Q3)	100 (50 ; 100)	50 (50 ; 100)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 100	0 ; 100	
Duke - Score d'estime de soi	N	42	34	0.70
	Moyenne ± Ecart-type	53.1 ± 13.88	52.06 ± 14.09	
	Médiane (Q1;Q3)	50 (50 ; 60)	50 (40 ; 60)	
	Minimum ; Maximum	10 ; 80	10 ; 70	
Duke - Score d'anxiété	N	42	34	0.29
	Moyenne ± Ecart-type	50.99 ± 13.8	54.9 ± 13.16	
	Médiane (Q1;Q3)	50 (41.67 ; 64.58)	58.33 (43.75 ; 66.67)	
	Minimum ; Maximum	16.67 ; 66.67	25 ; 75	
Duke - Score de dépression	N	42	34	0.17
	Moyenne ± Ecart-type	57.86 ± 18.02	63.24 ± 17.01	
	Médiane (Q1;Q3)	60 (40 ; 70)	70 (52.5 ; 80)	
	Minimum ; Maximum	20 ; 90	30 ; 90	
Duke - Score de douleur	N	42	34	0.14
	Moyenne ± Ecart-type	75 ± 29.73	66.18 ± 26.74	
	Médiane (Q1;Q3)	100 (50 ; 100)	50 (50 ; 100)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 100	0 ; 100	
Duke - Score d'incapacité	N	42	34	0.84
	Moyenne ± Ecart-type	96.43 ± 17.08	95.59 ± 18.94	
	Médiane (Q1;Q3)	100 (100 ; 100)	100 (100 ; 100)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 100	0 ; 100	

Tableau 11 : Comparaison statistique selon l'âge des scores du profil de Duke

3.5.2.3 Score de Karasek

Paramètre	Modalité	Age		pvalue
		< 45 ans N=42	≥ 45 ans N=34	
Karasek - Score de demande psychologique	N	42	34	0.26
	Moyenne ± Ecart-type	24.52 ± 4.06	23.53 ± 3.54	
	Médiane (Q1;Q3)	24.5 (22 ; 27)	23 (22 ; 25)	
	Minimum ; Maximum	13 ; 33	16 ; 31	
Karasek - Score de latitude décisionnelle	N	42	34	0.92
	Moyenne ± Ecart-type	77.9 ± 10.37	77.65 ± 11.2	
	Médiane (Q1;Q3)	80 (72 ; 84)	77 (70.5 ; 87.5)	
	Minimum ; Maximum	34 ; 92	54 ; 96	
Karasek - Score de soutien social	N	42	34	0.67
	Moyenne ± Ecart-type	15.31 ± 5.46	14.71 ± 6.44	
	Médiane (Q1;Q3)	14 (12 ; 16)	13.5 (12 ; 16)	
	Minimum ; Maximum	0 ; 28	0 ; 30	

Tableau 12 : Comparaison statistique selon l'âge des scores de Karasek

L'analyse statistique n'a pas montré de différence significative selon l'âge avec les différents scores de Karasek.

4 Discussion

4.1 Intérêts et limites de l'étude

4.1.1 Biais et limites de l'étude

La population de cette étude n'est pas complètement représentative de l'ensemble des médecins libéraux et salariés de la région des Hauts-de-France. En sachant qu'il y a 666 médecins généralistes libéraux en MSP dans les Hauts-de-France, et 100 médecins généralistes salariés en CDS, le taux de réponse a été de 8,55% pour les libéraux et de 19% pour les salariés. Cet intérêt pour l'étude était donc plus marqué pour les médecins salariés. Cela s'explique peut-être par le fait que les médecins en CDS accordent peut-être plus d'intérêt à leur statut de salarié et aux recherches sur le sujet. Le manque de temps, le manque d'intérêt, sont probablement des facteurs de non-réponse à ce questionnaire, chez les libéraux comme les salariés. Ce faible taux de réponse induit un biais de sélection car ces médecins ont sûrement une qualité de vie moindre. Il a aussi engendré une difficulté dans l'analyse statistique, rendant impossible celle des profils des scores de Karasek.

Pour recruter plus de participants, nous comptons sur l'aide de l'entreprise FILIERIS, principal gestionnaire de CDS de la région, qui malheureusement faute de disponibilité et de temps au mois de septembre, n'a pas souhaité nous aider dans cette démarche. De même, nous avons contacté la Fédération Nationale des Centres de Santé, qui n'a pas répondu à nos sollicitations. On peut ainsi s'interroger sur le mode de recrutement, qui n'était sûrement pas optimal pour toucher le plus grand nombre de médecins généralistes en exercice coordonné.

Concernant le questionnaire, des questions subjectives ont été choisies, notamment avec l'échelle visuelle de qualité de vie et l'échelle de Diener, ce qui induit

inévitablement un biais de mesure. Cette subjectivité de notre enquête peut aussi avoir entraîné un biais de classement et plus précisément de minimisation, car il se peut que certains médecins aient répondu sous l'influence du déni. D'autre part, le score de Karasek est un outil qui a initialement été conçu pour les travailleurs salariés, il n'était donc pas complètement adapté pour les médecins libéraux (ce qui s'est ressenti dans leurs réponses, notamment en regard du soutien social).

Au cours de l'étude, nous avons réalisé que la question de la satisfaction financière des médecins n'avait pas été abordée et que malheureusement cet élément ne pouvait plus être rajouté au questionnaire. C'est un sujet important que nous aurions pu traiter.

Enfin, la longueur du questionnaire (qui comprend au total 61 questions), a pu induire une certaine lassitude, malgré un temps de réponse moyen raisonnable. Ceci a pu amener les médecins à répondre plus favorablement aux dernières questions, entraînant un biais d'approbation. Afin de limiter ce biais et cette « lassitude » la question ouverte « Citez un point fort et un point faible de votre mode d'exercice » a été déplacée en début de questionnaire (à la question 11), car nous estimions que les répondants auraient moins de difficultés à y réfléchir qu'en fin de questionnaire. En effet, moins de la moitié des participants ont répondu à la dernière question « avez-vous des commentaires sur votre qualité de vie ? ».

4.1.2 Points forts de l'étude

L'une des forces de cette étude est que nous avons choisi d'inclure des médecins dont les conditions d'exercice en ambulatoire étaient hautement comparables (uniquement différenciés par leur mode de rémunération), ce qui n'avait jamais été fait dans d'autres recherches. En faisant ce choix, nous avons pris le risque d'avoir moins de réponses, notamment chez les médecins en CDS car ils ne sont pas très nombreux dans la région, mais ainsi des biais de confusion liés aux conditions d'exercice ont été évités. La diffusion du questionnaire a été proposée à toute la région et non seulement aux départements du Nord et du Pas-de-Calais, par crainte de manquer de volontaires. La collaboration de l'ARS a été un élément indispensable dans la diffusion du questionnaire, car elle nous a aidés à recruter un maximum de participants. D'autres intermédiaires comme le CDOM et la FEMAS Hauts-de-France ont aussi été d'un soutien important.

Le questionnaire a été construit à partir d'instruments de mesure de qualité de vie validés, qui assurent sa reproductibilité et sa comparaison avec d'autres études. La qualité de vie est une notion difficile à mesurer, car elle est multi-dimensionnelle, c'est pourquoi nous avons choisi des tests très variés. L'échelle de Diener est une échelle subjective, qui explore la qualité de vie de façon très personnelle et globale. Le profil de Duke s'intéresse quant à lui à la dimension santé (qui est elle-même un sujet très vaste) à travers ses différentes facettes (physique, psychique, perçue, globale). Le score de Karasek permet une mesure de la qualité de vie au travail.

Le choix d'une analyse statistique quantitative s'est imposé afin d'assurer la comparabilité des deux groupes. Dans un souci de neutralité, aucune prise de position n'a été émise en faveur d'un statut ou d'un autre, cette étude ayant pour but d'exposer les caractéristiques des deux groupes afin de permettre aux jeunes médecins de faire

un choix libre et éclairé. A cette analyse statistique s'est ajoutée une analyse descriptive indispensable pour compléter les résultats et donner la parole aux participants (au travers des commentaires libres).

4.2 Résultats principaux

4.2.1 Des scores élevés de satisfaction de vie et du profil de santé dans les deux groupes

Dans l'ensemble, il existe peu de différences de qualité de vie entre les deux modes d'exercice dans l'étude. Ceci a été confirmé par la grande majorité des résultats. L'échelle visuelle de qualité de vie était identique en médiane à 8/10 dans les deux groupes et en moyenne à 7,75/10 pour les libéraux et de 7,84/10 pour les salariés (sans différence statistique). On peut considérer qu'il s'agit d'un niveau de vie élevé, car au-dessus de celui obtenu pour la population française en 2020 de 7,2/10 selon les recherches de l'INSEE (21). Il est possible que les conditions matérielles et le niveau de vie élevé des médecins généralistes soit un facteur d'amélioration de cette note.

Nos résultats sont très similaires à ceux du travail du Dr Lemaignan réalisé chez des médecins libéraux et salariés exerçant en cabinet de groupe avec secrétariat (15), et ce niveau d'échelle visuelle est assez supérieur aux chiffres retrouvés dans d'autres études s'intéressant aux médecins généralistes. Par exemple, en 2008, Martin et Trombert-Paviot retrouvent un score de 6,4/10 chez des médecins généralistes interrogés en Loire (tous modes d'exercice) (22). Le Dr Siblini, elle, obtient une moyenne de 7,2/10 en 2019 (23). Ce niveau élevé de qualité de vie peut s'expliquer par le fait que les médecins de notre étude exercent de manière coordonnée. Plus de recherches seraient nécessaires pour affirmer que l'exercice coordonné de la

médecine générale est un facteur d'amélioration de la qualité de vie dans cette population.

Certaines différences en faveur des libéraux en MSP ont néanmoins été mises en lumière. L'analyse statistique a montré qu'ils avaient une satisfaction de vie globale meilleure que les médecins en CDS, selon l'échelle de Diener, avec un score médian de 29/35, contre 27/35. Pour rappel, l'échelle de Diener se calcule en additionnant les réponses aux sept questions posées sur le niveau de satisfaction subjectif de l'individu quant à sa vie en général. Ces résultats sont en discordance avec les études déjà réalisées sur le sujet, qui montraient plutôt des scores supérieurs chez les médecins salariés. Le Dr Cotard retrouvait un niveau de 24,6/35 pour les libéraux, contre 25,3 chez les salariés (16). Ces résultats ne montraient par ailleurs pas de différence significative, et le mode de recrutement était différent puisque les médecins salariés étaient pour la plupart hospitaliers. Le Dr Lemaignan a en revanche montré une différence significative en faveur des salariés, en interrogeant uniquement des médecins exerçant en ambulatoire (15). Une fois de plus, il se peut que l'exercice coordonné améliore les scores dans les deux groupes.

Concernant la qualité de vie liée à la santé, calculée grâce au profil de Duke, le score de santé physique des libéraux est plus élevé que celui des salariés. Ceci signifie qu'ils s'estiment en meilleure santé physique. Ces résultats sont étonnants car on pourrait penser que le salariat est un mode d'exercice qui permettrait de mieux préserver la santé. Les salariés interrogés dans notre étude ont peut-être fait le choix de leur mode d'exercice car ils ressentaient justement le besoin d'une protection sociale en cas d'arrêt maladie.

De même, les libéraux ont un score d'anxiété plus élevé que les salariés, ce qui montre à l'inverse qu'ils éprouvent moins d'anxiété. Pour rappel, ce score d'anxiété

est basé sur des questions portant sur les troubles du sommeil, sur la concentration, sur le fait d'être à l'aise avec les autres, le niveau de fatigue, le fait d'être tendu ou nerveux. Peut-être que le fait de pouvoir décider librement de leur emploi du temps, de leurs conditions de travail sont des facteurs qui les préservent de cette anxiété. Ces meilleurs résultats chez les libéraux peuvent aussi être expliqués par le fait qu'il y ait plus d'hommes dans ce groupe et plus de MSU. On peut aussi observer que les libéraux ont également un meilleur score de santé sociale et générale (qui est la somme des scores de santé perçue, de santé sociale, et de santé physique), sans qu'aucune différence significative ne soit démontrée.

Ces résultats diffèrent avec ceux retrouvés dans d'autres études (15,16) dont les résultats penchaient plutôt en faveur des médecins salariés.

4.2.2 Des médecins soumis à un risque d'épuisement professionnel, mais des salariés se sentant plus soutenus.

Concernant la qualité de vie au travail, calculée avec le score de Karasek, les deux groupes présentent un risque d'épuisement professionnel similaire. Rappelons que le modèle de Karasek est défini par le calcul d'un score de latitude décisionnelle, de demande psychologique et de soutien social.

La latitude décisionnelle repose sur la notion d'être libre de ses choix professionnels, et d'avoir les capacités de réaliser des tâches requises parfois difficiles. Plus ce score est bas, plus le médecin est à risque d'épuisement professionnel. La demande psychologique est définie par les sollicitations qui peuvent venir perturber la réflexion, ainsi que par l'intensité en temps et en concentration demandée par le travail. Si ce score est élevé, le travailleur sera plus à risque d'épuisement professionnel. Le score de soutien social est défini par l'aide des pairs

et de la hiérarchie comme elle est ressentie par le travailleur. Elle est d'autant plus importante que ce score est élevé.

Ainsi, dans notre étude, les salariés bénéficient d'un score de soutien social plus élevé. Il faut prendre en considération que beaucoup de libéraux ont répondu « je ne suis pas concerné(e) » (ce qui équivaut à un « 0 » à ces questions de soutien social). En effet, les médecins libéraux n'ont pas de supérieur hiérarchique direct, bien que leur exercice soit soumis aux règles de la CPAM et de l'ARS. Les salariés eux ont tous répondu autrement que par « je ne suis pas concerné(e) » aux questions de soutien social, ce qui induit forcément un score plus élevé pour ce groupe. En comparaison, les libéraux obtenaient une médiane de score de soutien social de 13, les salariés de 23. Les médecins en CDS bénéficient d'une protection sociale (mutuelle, assurance de responsabilité civile) d'un secrétariat qui prend en charge les tâches de comptabilité, de congés payés ainsi que de congés de parentalité, et d'un soutien administratif. Tous ces éléments peuvent ainsi augmenter le score de soutien social dans notre étude.

L'analyse des scores de latitude décisionnelle et de demande psychologique n'ont en revanche pas montré de différences entre les deux groupes. En revanche, on constate que les médecins en CDS et en MSP ont tous des scores de latitude décisionnelle et de demande psychologique élevés, plus élevés que dans la population générale, comme cela est exposé dans le tableau 2 (20), selon l'enquête SUMER. Cette enquête de grande échelle est intéressante car elle a été réalisée sur des salariés tirés au sort et n'a pas inclus de médecin dans sa population.

	Médiane demande psychologique /36	Médiane latitude décisionnelle /96	Médiane soutien social/44
Salariés	25	78	23
Libéraux	23	80	13
Population de l'étude SUMER	21	70,3	23,3

Tableau 13 : résultats de l'étude du modèle de Karasek de notre étude comparés à celle de l'étude SUMER 2003.

Parmi les professionnels interrogés dans notre étude, 26,3% des salariés et 17,5% des libéraux étaient considérés en « Job Strain » ou comme « travail tendu » (sans différence statistique significative), ce qui signifie qu'ils avaient une demande psychologique élevée pour une latitude décisionnelle basse. Le profil majoritaire en revanche était celui du travailleur « actif », avec une demande psychologique élevée mais une latitude décisionnelle élevée également. A savoir que ces médecins peuvent aussi se sentir stressés. L'exercice de la médecine générale, quel que soit le statut libéral ou salarié, est donc ressenti comme difficile avec une marge de manœuvre non adaptée aux exigences auxquelles doivent faire face les médecins, ce qui peut les soumettre au risque d'épuisement professionnel.

Le fait d'être salarié ou libéral n'a donc pas eu d'impact sur ce risque d'épuisement professionnel, même si les salariés bénéficient d'un plus grand soutien social. De nombreux travaux (24,25) ont montré une prévalence importante du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes et qui est d'ailleurs plus élevée que chez les autres spécialistes. Cette prévalence a même été estimée à 47% chez les médecins libéraux en 2007 dans l'étude du Dr Vaquin-Villemenev (26), menée chez 221 médecins généralistes. On atteint des chiffres encore plus élevés chez les étudiants en médecine (internes et externes) avec une prévalence de burn-out à 67%, d'anxiété à 75% et de symptômes dépressifs à 39%

selon l'enquête de la santé mentale des jeunes médecins de 2021 menée par l'ISNI, l'ISNAR IMG et l'ANEMF (27). C'est donc une problématique qui concerne les médecins dès le début de leur cursus, et qui s'est même dégradée depuis la crise du COVID-19.

4.3 Caractéristiques de la population étudiée

- **Age**

L'âge moyen de la population étudiée est de 45,88 ans, ce qui est inférieur à l'âge moyen des médecins généralistes en France de 49,9 ans (1). Les résultats ne peuvent donc être extrapolables à l'ensemble de la population des médecins généralistes français qui sont plus âgés. A noter que l'âge moyen des médecins généralistes en France a tendance à se rajeunir depuis 2015.

On constate que les salariés sont en moyenne plus jeunes que les libéraux dans notre étude (44,84 ans contre 46,23 ans) sans qu'une différence significative n'existe, l'âge des participants n'a donc pas eu d'incidence sur l'analyse des résultats.

- **Sexe**

Les femmes médecins dans notre étude sont en moyenne moins nombreuses que leurs confrères (32% de femmes contre 68% d'hommes), ce qui ne reflète pas les taux nationaux : on compte en effet 51,5% de femmes médecins généralistes en activité en 2021, et la tendance est à la féminisation dans les années à venir (1).

A l'inverse, les médecins en CDS sont des femmes à 57,9%, contre 42,1% des hommes dans l'étude. Dans le groupe MSP, ce sont les hommes qui sont majoritaires. L'analyse statistique a montré une différence significative sur ce critère, ce qui a pu entraîner des répercussions sur les résultats.

Les femmes ont en général des scores de qualité de vie plus bas que les hommes, ce qui pourrait expliquer pourquoi les scores du groupe des salariés sont légèrement inférieurs à ceux du groupe des libéraux. Dans une étude évaluant la santé physique et psychique des médecins généralistes, il a été montré que les femmes ressentaient deux fois plus de détresse psychologique que leurs confrères masculins (28). Les femmes seraient également plus soumises au « jobstrain » ou « travail tendu » du modèle de Karasek, selon l'étude SUMER évaluant les risques socioprofessionnels réalisée au sein de plusieurs professions (20).

C. Goulet, dans son étude s'intéressant à la qualité de vie des médecins généralistes dans le Limousin selon le sexe (29), a révélé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes et que ces dernières éprouvaient au contraire un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle que leurs confrères masculins.

Afin de confirmer cela, nous avons entrepris de faire une analyse statistique de tous les scores de qualité de vie selon le sexe, ce qui a permis de ne montrer aucune différence statistique, à l'exception du score de soutien social de Karasek, plus élevé chez les femmes. Les femmes dans notre étude s'estiment donc mieux entourées que leurs confrères, mieux soutenues par leurs pairs ou leur hiérarchie.

- **Statut marital et familial**

La grande majorité des médecins interrogés dans l'étude sont en couple, mariés ou pacés, et cela dans les deux groupes comparés.

Ils ont en moyenne 1,98 enfants chez les libéraux et 1,95 chez les salariés (pour une médiane à 2 dans les deux groupes). Aucune différence statistique n'a été mise

en évidence pour ces paramètres qui n'ont pas eu d'incidence sur les résultats de l'étude.

- **L'ancienneté d'exercice**

Les libéraux en MSP sont installés depuis plus longtemps que chez leurs confrères salariés en CDS (en médiane, cela représente 12,5 années chez les libéraux et 5 années chez les salariés). Certaines MSP ont été créées à l'initiative de médecins généralistes avancés dans leurs carrières, qui exerçaient souvent seuls, pour rendre leur cabinet plus attractif en prévision de leur départ en retraite. (30)

Il faut savoir que les CDS existent depuis plus d'un siècle et ont particulièrement été développés après la seconde guerre mondiale, dans le but de venir en aide aux plus démunis. Il existe néanmoins une nouvelle dynamique depuis les années 2000, qui ont vu grandir de nouveaux centres et cette expansion est majeure depuis ces 5 dernières années (31). Ceci est illustré en figure 2. Cela peut expliquer que les médecins salariés dans notre étude se sont installés plus récemment que leurs confrères libéraux. Aussi plusieurs médecins ont peut-être changé de mode d'exercice donc exercent depuis moins longtemps en salariat. Enfin, les médecins en CDS dans notre étude sont en moyenne plus jeunes que ceux en MSP, ce qui peut aussi se traduire par une ancienneté d'exercice moins importante.

- **Temps de travail et de congés**

En France, les médecins généralistes consultent ou effectuent des visites à domicile en moyenne 9 demi-journées par semaine (32), (soit 4,5 jours). Ce temps de travail est similaire dans notre étude avec, en moyenne, 4,82 jours pour les libéraux par semaine, et 4,32 jours pour les salariés par semaine. Il n'y avait pas de différence statistique entre les deux groupes.

Afin d'évaluer la charge de travail des médecins, nous leur avons également demandé combien de semaines de congés ils posaient par an. Les libéraux prennent en moyenne plus de congés que les salariés, (les réponses allant de 0 à 24 semaines, avec en moyenne 6,74 semaines/an pour les libéraux, et en moyenne 6,21 semaines/an pour les salariés). Les salariés sont soumis à l'accord de leur hiérarchie pour poser leurs congés ce qui facilite peut-être moins leur prise.

Ces variables de temps de travail et de congés n'ont pas émis de différence significative entre les deux groupes, n'influant pas les résultats.

- **Lieux d'exercice**

Ce qui se dégage de nos résultats, c'est que la majorité de salariés en CDS exercent en milieu urbain (57,9%). Les libéraux sont répartis de façon presque égale entre les milieux ruraux, semi-ruraux et urbains.

L'analyse statistique ne montre néanmoins pas de différence statistique entre les deux groupes. La différente répartition des libéraux et salariés dans la région n'a pas eu d'influence sur les résultats de l'étude.

- **La maîtrise de stage (ou l'accueil d'internes)**

La maîtrise de stage est la capacité à pouvoir accueillir des internes en médecine générale pour participer aux consultations et aux visites à domicile en autonomie partielle (sous la supervision directe du médecin) ou totale (en supervision indirecte). Les médecins doivent entreprendre une formation auprès de la faculté de médecine pour l'obtenir. L'analyse des résultats a montré une proportion plus importante de MSU chez les libéraux en MSP avec une différence significative, puisqu'ils étaient 38 sur 57 (soit 69,1%).

Nous supposons que c'est un facteur qui peut améliorer la qualité de vie des médecins, car il leur permet d'avoir des échanges très enrichissants et un partage d'expérience avec les étudiants. Dans sa thèse portant sur les motivations et les freins à devenir MSU, le Dr Cousty Marie a mis en évidence que la maîtrise de stage pouvait être un frein au surmenage (33). Il existe de nombreux avantages, sur le plan pédagogique bien sûr mais aussi sur le plan relationnel. La maîtrise de stage permet de développer son réseau, de sortir de la solitude et de peut-être rencontrer de futurs collaborateurs ou remplaçants. C'est aussi un moyen de remettre en question ses connaissances et ses pratiques au contact des jeunes médecins et une stimulation intellectuelle enrichissante.

En accueillant un(e) interne (notamment lors du SASPAS ou Stage Ambulatoire en Soins Primaires et Autonomie Supervisée pour les internes de dernière année) pour assurer les consultations au cabinet, le MSU a la possibilité d'exercer d'autres activités lors de ce temps « libéré ». Il est notamment redevable d'un temps pédagogique envers le département de médecine générale, mais peut aussi y trouver du temps pour sa formation médicale continue, diriger des thèses et cela permet de diversifier sa pratique. C'est un facteur qui a donc pu avoir de l'influence sur nos résultats, en faveur du groupe des libéraux en MSP.

4.4 Des avis communs et divergents sur l'exercice coordonné

Si les médecins éprouvent une qualité de vie similaire en MSP comme en CDS, comment faire un choix entre ces deux types d'exercice ? Grâce à l'analyse des commentaires libres laissés par les médecins, nous avons des pistes de réflexion.

4.4.1 L'exercice coordonné et le travail en groupe appréciés chez les salariés et libéraux

Le travail en groupe au sein de structures pluriprofessionnelles est un atout qui a été souligné par la majorité des médecins de l'étude. Il permet de rompre l'isolement, d'apporter une entraide professionnelle dans la prise en charge des patients et de partager ses expériences entre différents corps de métier. Il faut rappeler que l'exercice en groupe et l'exercice coordonné sont de nos jours plébiscités par la majorité des jeunes médecins généralistes et internes en médecine générale (6). L'exercice en groupe permet également la mutualisation des dépenses afin de faciliter l'organisation du cabinet, notamment par l'emploi d'un service de secrétariat, une aide précieuse pour les médecins. Cette motivation qu'ont les médecins de notre étude à travailler de manière pluridisciplinaire, d'échanger avec leurs pairs est sûrement un facteur très déterminant dans leur qualité de vie professionnelle.

En revanche, chaque équipe au sein des MSP et des CDS exerce de façon différente cet exercice coordonné, qui est fonction de la collaboration interprofessionnelle (CIP). La CIP est le lien qui unit les différents professionnels de santé, qui traduit leur motivation à travailler ensemble sur des projets, avec une vision commune.

C'est un modèle qui a été étudié par le Dr D'amour, Docteur en Santé Publique, qui définit cette action interprofessionnelle en trois axes (34) :

- L'axe systémique : le regard politique et financier exercé par les institutions comme la CPAM et l'ARS.
- L'axe organisationnel : la coordination au sein de la structure, les projets de santé, le système d'information (logiciel partagé).
- L'axe relationnel : les motivations de chacun, la communication entre les professionnels, le sentiment d'appartenance à l'équipe.

Un niveau élevé de CIP influe à la fois sur la santé des patients, sur le bien-être des professionnels de santé, mais aussi sur l'organisation des soins et l'efficacité des projets mis en œuvre. Il est en quelque sorte le reflet de la bonne santé de la structure. Le Dr Desmet a évalué ce niveau de CIP et notamment l'axe relationnel dans les MSP des Hauts-de-France à l'aide du Team Climate Inventory (35), un questionnaire traduit en français, et a montré que celui-ci était globalement de bonne qualité, avec toutefois des disparités de réponses entre les différentes professions et les départements.

La diversité des projets de santé réalisés par les professionnels de santé n'a pas été étudiée dans ce travail, mais doit sûrement influencer la manière de chacun de vivre cet exercice coordonné. Certaines missions peuvent être plus chronophages que d'autres, demander un investissement en formation personnelle et cela que l'on soit salarié ou libéral. D'autres recherches seraient nécessaires pour approfondir la connaissance des diverses missions et projets entrepris au sein de ces structures et savoir comment ils impactent la santé des patients.

Il faut également souligner que les projets de santé, piliers de l'exercice coordonné, sont élaborés à partir d'un diagnostic des besoins du territoire concerné,

en accord avec l'ARS, mais ne sont pas initiés de la même façon dans les deux structures.

Chez les libéraux en MSP, ils sont élaborés et proposés par les professionnels de santé eux-mêmes (médecins, infirmier(e)s, diététicien(ne)s par exemple). Cette étape de proposition de projet de santé initial est obligatoire pour obtenir la certification de MSP ainsi que les subventions financières de l'ARS.

En CDS, les médecins n'ont pas toujours le choix de décider du contenu de ce projet de santé (36). Il peut être fait par le gestionnaire de santé en association avec les professionnels de santé au moment de son élaboration, ou au moment de sa modification. Mais il peut aussi être fait en amont du recrutement des professionnels de santé, qui dans ce cas n'ont aucunement participé à sa conception (mais ils doivent quand même être informés de son contenu au préalable). Il serait intéressant de savoir si cette contrainte peut influencer sur la CIP dans les CDS, sur la motivation et l'investissement des professionnels de santé à travailler ensemble sur un projet qu'ils n'ont pas conçu ou partiellement conçu. Il est possible que leur investissement soit moindre et que les salariés soient plus passifs que leurs confrères libéraux sur ce point.

4.4.2 Des libéraux en MSP écrasés par le poids des tâches administratives et par une charge de travail intense

4.4.2.1 Les charges administratives liées à l'exercice libéral

L'exercice de la médecine générale libérale est soumis, quelle que soit la structure d'exercice, à des tâches administratives multiples. Celles-ci sont vivement critiquées par les médecins interrogés dans cette thèse.

Selon une récente enquête nationale menée par le CNOM en 2021 (37), 61% des libéraux estiment que ces tâches administratives sont l'une des principales difficultés du quotidien et que la répartition entre le temps médical et le temps administratif se détériore.

Ces tâches administratives peuvent être médicales, comme l'établissement de certificats médicaux parfois très chronophages, comme les demandes d'ALD, l'établissement des divers CERFA pour arrêt maladie, bon de transport, etc., ou encore les dossiers MDPH. La valeur médicale de ces actes peut parfois être remise en question, et elles peuvent être perçues comme des charges émanant des directions administratives comme la CPAM. Les tâches administratives médicales obligatoires sont aussi représentées par celles inhérentes à la vie du cabinet comme la réception et le rangement du courrier, la gestion des résultats de laboratoire, répondre aux demandes d'ordonnances de dépannage des patients ou avis téléphoniques.

Ces tâches sont aussi « non médicales », propres à la gestion du cabinet, comme la comptabilité, la fiscalité, la déclaration des charges sociales, la gestion du personnel, et sont à la charge de tous les médecins libéraux.

Rappelons néanmoins que les médecins en MSP bénéficient presque toujours de l'aide d'un secrétariat, ce qui constitue tout de même une aide indispensable pour la gestion de leur planning, des appels téléphoniques, et selon le mode d'organisation du cabinet d'aide à la réalisation de certaines tâches administratives.

Le Dr Rakotoarivonina a montré dans une étude observationnelle chez des médecins libéraux des Alpes Maritimes (38) que ces derniers réalisaient tous en moyenne deux tâches administratives lors d'une consultation avec un patient et que ce temps « administratif » représentait en moyenne 15% du temps total de

consultation. Les tâches les plus fréquemment réalisées étaient celles liées à la prise en charge financière des soins (ou la réalisation des feuilles de soins).

Cet aspect chronophage de l'exercice libéral peut même être perçu comme un frein à l'installation des jeunes généralistes et a même été reconnu comme facteur d'épuisement professionnel dans l'étude de Cathébras *et al* (39), qui se sont intéressés à l'impact des tâches administratives sur la qualité de l'exercice médical.

4.4.2.2 Les charges administratives propres à la gestion de la MSP

En complément de ces tâches administratives, les médecins libéraux interrogés dans notre étude doivent également fournir des démarches supplémentaires complexes pour gérer la MSP et son financement. Selon l'enquête de la commission des jeunes médecins du CNOM en 2019 (6), ces tâches supplémentaires peuvent retarder l'installation des médecins libéraux, voire faire renoncer à celle-ci. En effet, la gestion financière de la MSP revient à ses membres et cela a été évoqué dans les commentaires libres par plusieurs libéraux. Certains estimaient que cette gestion était chronophage, et que le financement de la MSP était « lourd ». Un autre médecin a aussi cité le fait que ce financement ne pouvait pas être « pérenne ».

L'attribution du financement d'une MSP est décidée par l'ARS, qui vérifie que les conditions d'obtention soient bien remplies (projet de santé établi, respect des cahiers de charges) (40). Le financement des MSP est encadré par l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Cet accord a été publié dans un arrêté en 2017 et en précise toutes ces conditions. Ce sont des sommes forfaitaires à l'usage du travail de coordination et de l'éducation thérapeutique. A l'instar du forfait médecin traitant, elles sont proportionnelles au

nombre de patients concernés par ces missions. Il faut faire partie d'une SISA¹ pour y prétendre. Pour en bénéficier, trois critères sont néanmoins nécessaires : pouvoir répondre à la demande de soins, qui est un critère obligatoire (avec un planning d'ouverture large, offrant une capacité de réponse aux soins non programmés), le travail en équipe avec la rédaction de protocoles de prise en charge et de réunions pluriprofessionnelles, et/ou avoir un système d'information approuvé par l'Agence des Systèmes d'Information Partagée (ASIP) (41).

Lors de la création de la MSP, l'ARS peut aussi attribuer les fonds d'intervention régionaux, visant à acquérir le matériel, les locaux, le système d'information. Le Conseil Général et les Collectivités Territoriales peuvent également apporter leur soutien financier.

Les aides apportées par ces différents organismes peuvent permettre d'embaucher un(e) coordinateur/ coordinatrice de soins. Cette personne est employée de quelques heures à plusieurs journées par semaine, dans le but de décharger les professionnels de santé des tâches chronophages liées à la coordination. Ses rôles sont d'animer la coordination entre les professionnels de la structure, d'aider dans la communication avec les instances politiques et administratives et dans la gestion des tâches administratives et de comptabilité (42). Les coordinateurs de soins peuvent être des professionnels de santé qui ont reçu une formation spécifique ou non, ou des diplômés en gestion de projet et en gestion administrative. La HAS (Haute Autorité de

¹ La SISA, ou Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoire (SISA) est la forme juridique la plus adaptée aux MSP, qui est devenue obligatoire pour percevoir les financements de l'ACI. Elle gère les dépenses collectives et reçoit les financements pour acheter des prestations et indemniser les sociétaires.

Santé) et l'ARS sont en partenariat avec l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique qui forme spécifiquement les coordinateurs de santé depuis 2015 (42).

Plusieurs médecins interrogés dans notre étude ont souligné les difficultés qui peuvent être engendrées par cet exercice coordonné, notamment de la communication entre les acteurs. Le fonctionnement de la MSP implique qu'un médecin ou un autre professionnel de santé prenne la fonction de leader, qui devient alors l'interlocuteur privilégié avec les institutions administratives de l'Etat (ARS, CPAM), avec le coordinateur ou la coordinatrice de soins. Leur rôle est alors de défendre leurs projets de santé afin d'obtenir l'accord et les subventions de ces instances. Les élus et collectivités locales font aussi partie des interlocuteurs des MSP. Ils interviennent souvent lors de la création de celles-ci, pour aider au financement ou à l'acquisition des locaux immobiliers par exemple. Ils peuvent agir par intérêt politique dans le but d'offrir une certaine attractivité à leur commune. Les professionnels de santé libéraux se retrouvent dans une sorte de relation triangulaire avec ces élus et les institutions administratives qu'il n'est pas toujours aisé de maîtriser (35).

Ces charges supplémentaires requises par l'exercice coordonné ne sont pas toujours réalisées de façon égale entre les médecins, tout dépend de l'implication de chacun. Certains peuvent être plutôt actifs, comme le leader et d'autres plutôt exécutants ou suiveurs. Il serait intéressant d'étudier de manière plus approfondie l'impact des tâches propres à la gestion de la MSP sur la qualité de vie des libéraux, et de savoir si cela peut réellement être un frein à l'installation.

De plus, d'autres études seraient nécessaires pour savoir si les financements attribués aux MSP sont jugés suffisants et satisfaisants par les libéraux.

4.4.2.3 Une charge de travail perçue plus intense en MSP que dans les CDS

Une grande majorité des médecins libéraux en MSP se plaignent d'une charge de travail intense, d'une « hypersollicitation », et certains estiment même être en surmenage.

A ce jour et à notre connaissance, aucune étude n'a mesuré le taux horaire réellement effectué dans les deux structures d'exercice. Dans notre recherche, l'analyse n'a pas montré de différence statistique sur le temps de travail, compté en jours/semaine, des deux groupes, mais les libéraux semblaient travailler plus que les salariés. Les Dr Ridard et Somme (13), ont montré dans une étude portant sur les *Motivations des médecins en centres de santé*, que les médecins salariés estimaient avoir moins de travail que leurs confrères libéraux, mais il semblerait que ce soit lié à la diminution des tâches administratives et non à la réduction des horaires de travail. En revanche, un exercice à temps partiel est possible dans certains CDS comme chez Filieris, qui propose des contrats à 3 jours par semaine par exemple (11). La majorité des médecins interrogés dans l'étude du Dr Maucci (11) estimait aussi avoir plus de temps libre grâce à la réduction du temps de travail (sous-entendu par rapport à l'exercice libéral). L'exercice salarié offre aussi la possibilité d'avoir des horaires fixes et programmés à l'avance. Tout est, semble-t-il, une question d'organisation interne à chaque structure. Il existe aussi sûrement des disparités d'emploi du temps d'un CDS à un autre.

4.4.3 Des médecins salariés s'estimant restreints dans leur liberté d'exercice

L'exercice des médecins en centre de santé est soumis à une hiérarchie, un peu comme en milieu hospitalier. Chaque CDS est dirigé par un gestionnaire de santé, qui ne peut être un médecin et est géré par différents acteurs selon les centres (service administratif, ressources humaines, service technique par exemple). En s'installant en CDS, le médecin salarié est relié par un contrat de travail à son employeur qui peut soumettre l'exercice du médecin à un certain nombre d'obligations qui n'existent pas en libéral. La hiérarchie n'a en revanche pas de droit de regard sur les actes médicaux effectués par les médecins (par exemple sur les prescriptions médicales). Cette relation avec l'employeur peut être contraignante et c'est une réserve qui a déjà été vue dans d'autres études (11,13).

Un centre de santé est une entreprise qui se doit de faire des bénéfices, mais elle est non lucrative, ce qui signifie que les bénéfices engendrés dans un centre doivent être réinvestis au profit du centre en question ou d'une autre structure à but non lucratif dirigée par le même gestionnaire de santé (selon l'article L.6323-1-4 du Code de Santé Publique). Dans l'optique de son bon fonctionnement financier, l'entreprise peut donc obliger les médecins à effectuer un nombre minimum d'actes médicaux par an. Cette obligation de rentabilité peut être une source de stress et être mal vécue par les médecins.

De plus, les médecins ont un salaire fixe et ce quel que soit le nombre de consultations qu'ils effectuent par jour. Un médecin dans notre étude s'est plaint d'une « rétribution moins importante » qu'en exercice libéral. Un autre estime qu'il faudrait augmenter ce salaire pour attirer plus de jeunes médecins vers l'installation. En effet,

ce salaire est plafonné en CDS, alors que les revenus libéraux peuvent être plus importants selon l'activité réalisée.

La direction a aussi le droit de fixer le temps de travail du médecin, le rythme des consultations et de limiter le temps des congés accordés. Elle impose également le mode de fonctionnement matériel et physique du cabinet (logiciel informatique, mobilier et locaux). Un médecin salarié en CDS a même mentionné dans les commentaires ne pas disposer de son propre cabinet. D'autres ont trouvé qu'ils exerçaient dans de bonnes conditions et que l'exercice salarié était « confortable ». Ne pas s'inquiéter des soucis matériels de son lieu de travail peut aussi être un avantage.

4.4.4 Des médecins salariés qui apprécient une relation médecin malade recentrée sur la sphère médicale.

4.4.4.1 Les avantages d'un exercice salarial qui dégage du temps médical

Les médecins salariés bénéficient d'une aide administrative considérable. A l'inverse des médecins libéraux, ils n'ont pas de gestion de comptabilité à fournir. Ils reçoivent un salaire fixe tous les mois, pour leurs consultations, leurs visites à domicile et leurs missions d'exercice coordonné. La fiscalité leur est évidemment simplifiée par rapport aux libéraux, qui doivent eux-mêmes faire leurs déclarations. Les tâches administratives liées à la gestion du centre, des employés, du matériel ne sont pas de leur ressort.

Ils bénéficient aussi bien sûr de congés payés et de congés maternité ou paternité si besoin. Dans certains centres de santé il existe même un service dédié à la recherche de remplaçants pour les congés (comme chez Filieris). Outre ces avantages, ils bénéficient également d'une protection sociale en cas d'arrêt maladie.

On peut donc considérer que l'exercice salarial offre une certaine tranquillité d'esprit quant aux tâches administratives inhérentes à la gestion de leur cabinet, qui permet aux médecins salariés de se concentrer davantage sur leur rôle de médecin.

4.4.4.2 Au profit de la relation médecin malade

Ceci modifie nécessairement la relation médecin malade. Il n'est jamais question d'argent entre le médecin et le patient, il ne s'occupe pas de la gestion des recettes, les CDS pratiquant le tiers payant généralisé sans dépassement d'honoraires (43). C'est en effet l'une des vocations des centres de santé, de fournir une accessibilité financière pour les plus démunis.

Il serait intéressant d'étudier le ressenti des patients consultant en CDS. Se sentent-ils mieux soignés ou écoutés par ces médecins qui ont plus de temps à leur consacrer ?

4.5 Fiche pratique présentant les deux modes d'exercice

L'objectif secondaire de notre étude était d'établir des profils de médecins différents selon les modes d'exercice. Pour ce faire nous avons utilisé une analyse des correspondances multiples, un outil permettant de révéler des similitudes statistiques entre plusieurs variables.

Cette analyse a permis de dégager un type de profil, montrant que les médecins éprouvant une insatisfaction extrême de vie prenaient beaucoup de congés et étaient célibataires. Aucune correspondance sur le mode d'exercice (salariné ou libéral) n'a été retrouvée cependant. La création de notre fiche pratique n'a donc pas reposé sur cette analyse des correspondances multiples, mais plutôt sur l'analyse des commentaires libres des médecins et sur les données de la littérature.

Structure d'exercice coordonné	Maison de Santé Pluriprofessionnelle	Centre de Santé
Statut	Libéral	Salarié
Echelle visuelle de qualité de vie entre 0 et 10 (médiane)	8/10	8/10
Satisfaction de vie (ou Echelle de Diener)	Elevée dans les deux groupes, légèrement plus chez les libéraux	
Profil de Santé (Duke)	Globalement peu de différences Meilleure santé physique et moins d'anxiété chez les libéraux	
Qualité de vie au travail (Karasek)	Majoritairement à risque d'épuisement professionnel	Majoritairement à risque d'épuisement professionnel mais avec un score de soutien social plus élevé
Points forts	<p>Exercice libéral = <u>liberté d'organisation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - du planning - des congés - du cabinet (locaux, matériel) <p>Exercice coordonné permettant une collaboration interprofessionnelle, un travail en équipe autour d'un projet de santé.</p> <p>Liberté de création et élaboration des projets de santé.</p> <p>Gestion autonome du financement par les professionnels de santé.</p> <p>Possibilité d'aide par un(e) coordinateur de santé.</p>	<p>Exercice salarial = <u>protection du salarié</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Couverture sociale en cas de maladie ou invalidité - Congés payés - Congés maternité et paternité <p><u>Allègement du travail administratif au profit du temps médical</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de charges de comptabilité ni de fiscalité - Pas de gestion financière de la structure, des locaux ou du matériel - Pas de gestion du personnel <p>Relation médecin-patient affranchie de l'aspect financier</p>

<p>Points faibles</p>	<p>Charges administratives chronophages et lourdes</p> <p><u>Propres au libéral</u> : charges fiscales, sociales, du fonctionnement du cabinet, du personnel</p> <p><u>Propres à la gestion de la MSP</u> : Gestion du financement (négociation, répartition),</p> <p>Communication qui peut être difficile :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec les acteurs politiques et administratifs de l'état (ARS, CPAM) - entre les professionnels de santé <p>Sentiment de surcharge de travail partagé par la plupart des libéraux.</p>	<p>Une hiérarchie qui établit les règles d'exercice :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salaire fixe plafonné (ne tenant pas compte du nombre d'actes) - Obligation de réaliser un nombre minimum d'actes - Congés limités, soumis à l'accord de la direction - Planning fixe décidé avec la direction - Gestion des locaux, du cabinet <p>Une gestion de l'exercice coordonné plus passive. Pas de participation à l'initiation du projet de santé (ou participation avec le gestionnaire du CDS).</p>
------------------------------	--	---

5 Conclusion

L'installation des jeunes médecins généralistes est un problème de santé publique qui résonne particulièrement à une époque où la démographie médicale est en décroissance partout en France. Cette étude avait pour ambition d'apporter un nouvel éclairage sur deux modes d'installations considérés comme attractifs pour les jeunes médecins.

Elle a permis de montrer que les médecins généralistes exerçant en MSP et en CDS dans les Hauts-de-France ont un niveau de qualité de vie élevé, globalement supérieur à celui retrouvé dans d'autres études. Ce niveau de qualité de vie, mesuré dans les dimensions subjectives de satisfaction de vie, de ressenti de santé physique et mentale, et de qualité de vie au travail, n'était pas très différent dans les deux groupes. L'exercice coordonné est vraisemblablement un atout pour l'épanouissement professionnel des médecins.

L'analyse statistique n'a pas permis de répondre à l'objectif secondaire de notre étude qui était de définir des profils de médecins en fonction des deux modes d'exercice. En revanche, grâce aux réponses des médecins interrogés, les points forts et les points faibles de l'exercice libéral et salarié ambulatoire ont pu être exposés.

Cette fiche pratique doit permettre aux médecins souhaitant s'installer de faire un choix libre et éclairé entre ces deux structures, selon leurs attentes professionnelles et personnelles. Pour prévenir l'épuisement professionnel, courant dans la profession de médecin généraliste, il est important que ce choix soit fait en fonction des besoins de chacun.

6 Liste des figures

Figure 1. Courbe du numerus clausus de 1972 à 2020 (Source : DREES et ONDPS)

Figure 2. Evolution du nombre de MSP et CDS en France entre 2017 et 2020 (Source : Ministère des Solidarités et de la Santé)

Figure 3. Cartographie des différents Centre de Santé dans les Hauts de France en 2020 (Source : Agence Régionale de la Santé)

Figure 4. Echelle de Diener sur la satisfaction de vie (Source : Validation canadienne-française du « Satisfaction with life scale » de Diener et al., 1985)

Figure 5. Profil de Duke (Source : Le profil de santé de DUKE, un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé (19))

Figure 6. Score de Karasek (Source : Etude SUMER 2003 (20))

Figure 7. Illustration du modèle de Karasek (Source : Etude SUMER 2003 (20))

Figure 8. Répartition des répondants selon leur statut professionnel

Figure 9. Répartition des répondants des deux groupes selon l'échelle visuelle de qualité de vie

Figure 10. Diagramme en boîte à moustache représentant les scores de Diener des deux groupes

Figure 11. Diagramme en boîte à moustache représentant les scores de santé physique de Duke entre les deux groupes.

Figure 12. Diagramme en boîte à moustache représentant les scores d'anxiété de Duke entre les deux groupes.

Figure 13. Graphique représentant la répartition des profils de Karasek des deux groupes

Figure 14. Analyse par correspondance multiples avec l'échelle de Diener

7 Références

1. Gerard-Varet J-F. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2021.
2. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES. 2021;
3. MG France. Postes aux ECN et attractivité pour la médecine générale [Internet]. 2020 [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/publication/infoexpress/2665-postes-aux-ecn-et-attractivite-pour-la-mg>
4. REAGJIR. REMPLACT 3, Les remplaçants des acteurs à part entière du système de santé. 2016.
5. Munck S, Massin S, Hoffliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27(1):49.
6. CNOM, Commission des Jeunes Médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. 2019.
7. Buzyn A. Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ? Dossier d'information. 3 mai 2019;
8. DGOS, Ministère de la Santé et des Solidarités. L'exercice coordonné [Internet]. 2021 [cité 8 mars 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
9. Chevillard G, Mousques J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? Questions économie santé. mars 2020;(247):8p.-8p.
10. Agence Régionale de la Santé. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles dans les Hauts De France [Internet]. 2021 [cité 16 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
11. Maucci J. Déterminants à l'installation des médecins généralistes exerçant en salariat au sein de centre de santé pluriprofessionnels FILIRIES en zone rurale ou semi rurale dans le bassin alésien. 2018.
12. Valzy A. Le salariat en médecine générale, qu'en pensent les jeunes médecins ? 2020.
13. Ridard E, Somme D. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens. Santé Publique. 2018;30(3):361.

14. Vincendon A. Une désaffectation de l'exercice libéral pour une meilleure qualité de vie. 2016;
15. Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleur chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ? 2017.
16. Cotard S. L'exercice salarié est-il associé à une meilleure qualité de vie que l'exercice libérale ? Etude auprès d'un échantillon de médecins généralistes d'Ille et Villaine. 2013.
17. Pecoul D. Echelle de satisfaction de vie [Internet]. Institut Français d'EMDR. 2016 [cité 24 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.ifemdr.fr/echelle-de-satisfaction-de-vie/>
18. Blais M, Vallerand R, Pelletier L, Brière NM. L'échelle de satisfaction de vie : validation canadienne-française du « Satisfaction with Life Scale ». Revue Canadienne des Sciences du Comportement. 1989;
19. Guillemain F, Paul-Dauphin A, Virion J-M, Bouchet C, Briançon S. Le profil de santé de DUKE, un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé. Santé Publique. 1997;35-44.
20. Bué J, Coutrot T, Guignon N. Les facteurs psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER 2003. Revue Française des affaires sociales [Internet]. 2008 [cité 24 févr 2021]; Disponible sur: http://rsmv.fr/content/karasek-questionnaire-2_contenus1402997546.pdf
21. INSEE. Satisfaction dans la vie et ses différents domaines – France, portrait social [Internet]. [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797628?sommaire=4928952>
22. Martin A, Trombert-Pavot B. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Une enquête auprès des médecins femmes et hommes de la Loire. 2008.
23. Siblini M. L'exercice salarié apporte-t-il une meilleur qualité de vie, privée et professionnelle? 2019.
24. Saurel V. Evaluation de la mise en place des facteurs protecteurs de l'épuisement professionnels chez les médecins généralistes installés depuis moins de dix ans. 2015.
25. Edey-Gamassou C, Moisson-Duthoit V. Epuisement professionnel des médecins généralistes en France et conflit travail-famille, une revue de littérature. 2014.
26. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du burnout en médecine générale, enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelle. 2007;59.
27. ISNI, ANEMF, ISNAR IMG. Santé mentale des jeunes médecins. 2021;

28. Despres P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). juin 2010;8.
29. Goulet C. Étude comparative des conditions de vie et d'exercice des médecins généralistes libéraux installés en Limousin, selon leur sexe. 2015;114.
30. Fournier C. Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. Sciences sociales et santé. 2014;32(2):67.
31. Saderne E. Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021. Fédération Nationale des Centre de Santé; 2021.
32. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, Observatoire Régional de la Santé. :8.
33. Cousty M. Motivations et freins des jeunes généralistes charentais à devenir maître de stage. 2015.
34. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research. 21 sept 2008;8(1):188.
35. Desmet F. Niveau de collaboration interprofessionnelle au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, état des lieux dans les Hauts-de-France en 2020. 2021.
36. Direction Générale de l'Offre de Soins. Instruction du DGOS/PF3/2018/160 relative aux centres de santé. Ministère de la Santé; 2018.
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Soigner Demain, La parole aux médecins. 2021.
38. Rakotoarivonina S. Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 2017;
39. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. La Presse Médicale. déc 2004;33(22):1569-74.
40. Gridel H. Les maisons de santé pluriprofessionnelles en plein essor : Etat des lieux en Ile de France. 2017.
41. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Guide Méthodologique ACI pour les Structure de santé pluri-professionnelles. 2020.
42. Fédération des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France. Le coordinateur de santé : quelles sont ses missions ? [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.femas-hdf.fr/coordonateur-de-sante/>

43. Code de Santé Publique, Chapitre III Centres de Santé (Articles L6323-1 à L6323-1-15).

8 Annexes

Graphique 8 • *Numerus clausus* national pourvu en médecine depuis 1972



Note > *Numerus clausus* complémentaire, passerelles et droits aux remords apparaissent en 2011. Aussi, jusqu'en 2009, le *numerus clausus* présenté correspond au *numerus clausus* principal. En 2010, il correspond au *numerus clausus* principal auquel on a ajouté les passerelles de 3^e année arrivées en 2011 mais qui viennent grossir la cohorte 2010. À partir de 2011, il correspond aux *numerus clausus* principal et complémentaire, aux passerelles et aux droits au remords, les passerelles de 3^e année étant comptabilisées l'année suivante (avec la cohorte concernée). Les nombres de places considérés sont les places pourvues et non les places ouvertes.

Source > ONDPS.

Annexe 1 : Figure 1 : Courbe du *numerus clausus* de 1972 à 2020. (Source DREES et ONDPS)

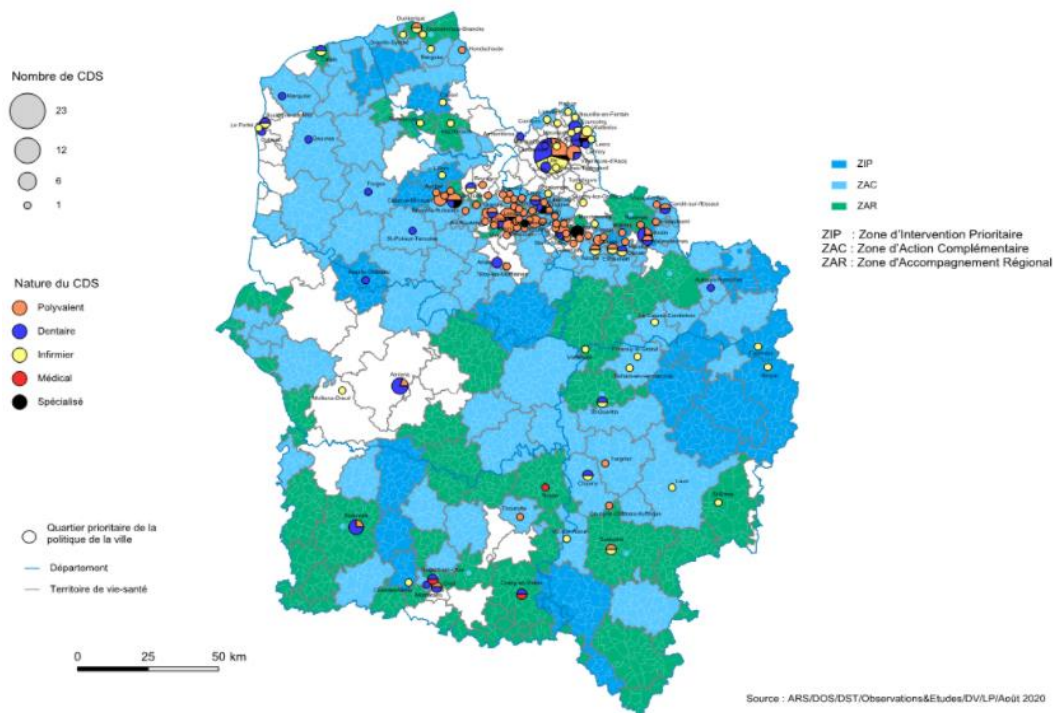
Département	Nord	Pas-De-Calais	Aisne	Oise	Somme
Densité 2010	152,1	137	116,6	121,1	157,3
Densité 2021	137,4	114,8	85,6	91	145,8
Variation en %	-9,7%	-16,3%	-26,5%	-24,9%	-7,3%

Annexe 2 : Tableau 1 : Variation des densités d'effectifs médicaux dans les départements des Hauts de France entre 2010 et 2021. (Source : Atlas Démographie Médicale 2021, Tome 2.(1))



Annexe 3 : Figure 2 : Evolution du nombre de MSP et CDS en France entre 2017 et 2020 (Source : Ministère des Solidarités et de la Santé)

Centres de santé ouverts en région Hauts-de-France - Août 2020



Annexe 4 : Figure 3 : Cartographie des différents Centre de Santé dans les Hauts de France en 2020 (Source : Agence Régionale de la Santé)

SATISFACTION DE VIE EN GÉNÉRAL

Pour chacun des énoncés suivants, encercle le chiffre qui correspond le mieux à ton degré d'accord ou de désaccord.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

SATISFACTION DANS MA VIE EN GENERAL

1. En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mes conditions de vie sont excellentes.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis satisfait-e de ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
4. Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si je pouvais recommencer ma vie, je n' y changerais presque rien.	1	2	3	4	5	6	7

© Marc R. Blais, Robert J. Vallerand, Luc G. Pelletier et Nathalie M. Brière, 1989

Annexe 5 : Figure 4 : Echelle de Diener sur la satisfaction de vie. (Source : Validation canadienne-française du « Satisfaction with life scale » de Diener et al., 1985)

PROFIL DE SANTE DE DUKE :

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

	OUI, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non ce n'est pas mon cas
1 Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Au fond, je suis bien portant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Je suis content(e) de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
AUJOURD'HUI			
8 Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS			
10 Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Vous avez été triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS			
15 Vous avez rencontré des parents ou des ami(e)s (conversation, visite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	1 - 4 jours	5 - 7 jours
AU COURS DES HUIT DERNIERS JOURS			
17 Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Votre sexe : Masculin → Féminin →

Votre âge : _____ ans **MERCI**

Annexe 6 : Figure 5 : Profil de Santé de Duke (Source : Le profil de santé de DUKE, un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé(19))

Calcul des scores :

Le score de santé physique s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 8, 9, 10, 11, 12

Le score de santé mentale s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 1, 4, 5, 13 et 14

Le score de santé sociale s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 2, 6, 7, 15 et 16

Le score de santé générale s'obtient en divisant par 3 la somme des points obtenus aux trois scores ci-dessus

Le score de santé perçue s'obtient en multipliant par 50 les points obtenus à la question 3

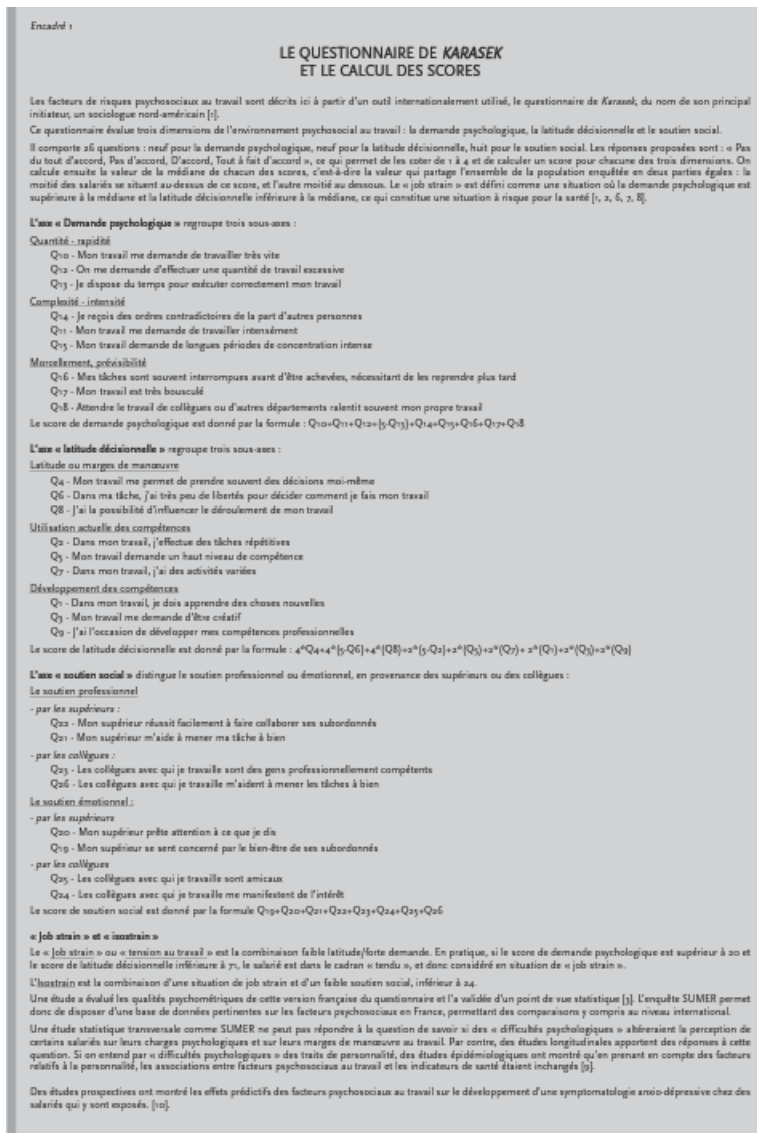
Le score d'estime de soi s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 1, 2, 4, 6 et 7

Le score d'anxiété s'obtient en multipliant par 100/12 la somme des points obtenus aux questions 2, 5, 7, 10, 12, 14

Le score de dépression s'obtient en multipliant par 10 la somme des points obtenus aux questions 4, 5, 10, 12 et 13

Le score de douleur s'obtient en multipliant par 50 les points obtenus à la question 11.

Le score d'incapacité s'obtient en multipliant par 50 les points obtenus à la question 17.



Annexe 7 : Figure 6 : Score de Karasek (Source : Etude SUMER 2003 (20))

Calcul et interprétation du score :

L'axe demande psychologique, regroupant 3 axes

- Quantité, rapidité : Q10, Q12, Q13
- Complexité, intensité : Q14, Q11, Q15
- Morcellement, Réversibilité : Q16, Q17, Q18

Le score de demande psychologique est donné par la formule : $Q_{10} + Q_{11} + Q_{12} + (5-Q_{13}) + Q_{14} + Q_{15} + Q_{16} + Q_{17} + Q_{18}$

L'axe latitude décisionnelle, en 3 sous axes :

- Latitude ou marge de manœuvre Q4 Q6 et Q8
- Utilisation actuelle des compétences
- Développement des compétences

Le score de latitude décisionnelle est donné par la formule : $4*Q4 + 4*(5-Q6) + 4*Q8 + 2*(5-Q2) + 2*Q7 + 2*Q1 + 2*Q3 + 2*Q9$

L'axe soutien social distingue le soutien professionnel ou émotionnel, en provenance des supérieurs ou des collègues. Le score de soutien social est donné par la formule : $Q19+Q20+Q21+Q22+Q23+Q24+Q25+Q26$.

Annexe 8 : Message d'annonce adressé aux médecins et questionnaire de la thèse

"Bonjour, je m'appelle Lucie Roux, et je suis étudiante en médecine. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la qualité de vie des médecins généralistes exerçant en structures d'exercice coordonné. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier les différences de qualité de vie entre les deux modes d'exercice (salarial et libéral). Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez exercer en Maison de Santé Pluriprofessionnelle ou en Centre de Santé. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 7 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Aussi pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le n°2022-053 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@univ-lille.fr. Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous !"

Quel est le niveau de qualité de vie des médecins généralistes exerçant en maison de santé pluriprofessionnelles et centre de santé dans les Hauts-de-France ?

- 1) Vous êtes :
 - Un homme
 - Une femme
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Quel est votre statut marital ?
 - Célibataire
 - En couple
 - Marié(e) ou Pacsé(e)
- 4) Combien avez-vous d'enfants ?
- 5) En quelle année vous-êtes-vous installé(e) ?
- 6) Dans quelle structure d'exercice coordonné exercez-vous (structure ayant un projet de santé validé par l'ARS ?)
 - Maison de santé pluriprofessionnelle
 - Centre de santé pluriprofessionnel
 - Autre
- 7) Dans quel type de milieu exercez-vous ?
 - Milieu urbain
 - Milieu rural
 - Milieu semi-rural
- 8) Combien de jours par semaine travaillez-vous ?
- 9) Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?
- 10) Exercez-vous une activité de MSU (Maître de Stage des Universités ?)
- 11) Citez un point fort et un point faible de votre mode d'exercice :
- 12) Placez sur cette échelle la note (entre 1 et 10) que vous attribuez à votre qualité de vie globale. 10 étant la meilleure qualité de vie possible.

1  10

ECHELLE DE DIENER : Cette échelle évalue la satisfaction de vie en général.

Pour chacun des énoncés suivants, encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord.

- 1 : Fortement en désaccord
- 2 : En désaccord
- 3 : Légèrement en désaccord
- 4 : Ni en désaccord ni en accord
- 5 : Légèrement en accord
- 6 : En accord
- 7 : Fortement en accord

- En général, ma vie correspond de près à mes idéaux :

1  7

- Mes conditions de vie sont excellentes :

1  7

- Je suis satisfaite de ma vie :

1  7

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

1  7

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

1  7

PROFIL DE DUKE : Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez.

	Oui c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non ce n'est pas mon cas
Je me trouve bien comme je suis			
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre			
Au fond, je suis bien portant			
Je me décourage trop facilement			
J'ai du mal à me concentrer			
Je suis contente de ma vie			
Je suis à l'aise avec les autres			

AUJOURD'HUI :

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Vous auriez du mal à monter un étage			
Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres			

AU COURS DES HUIITS DERNIERS JOURS :

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Vous avez eu des problèmes de sommeil			
Vous avez eu des douleurs quelque part			
Vous avez l'impression d'être vite fatigué(e)			
Vous avez été triste ou déprimé(e)			
Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)			

AU COURS DES HUIITS DERNIERS JOURS :

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Vous avez rencontré des parents ou des amis			
Vous avez eu des activités de groupe			

AU COURS DES HUIITS DERNIERS JOURS :

	Pas du tout	1-4 jours	5-7 jours
Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour des raisons de santé			

SCORE DE KARASEK : Il permet de faire lien entre le vécu au travail et les risques que ce travail fait courir à la santé. Les réponses sont cotées de 1 à 4 : « Fortement en désaccord », « En désaccord », « D'accord », « Tout à fait d'accord ». Choisissez la réponse qui vous convient le mieux.

LATITUDE DECISIONNELLE

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne suis pas concerné(e)
Mon travail nécessite que j'apprenne des choses nouvelles					
Dans mon travail, j'effectue des tâches répétitives					
Dans mon travail, je dois faire preuve de créativité					
Mon travail me permet de prendre souvent des décisions par moi même					
Mon travail demande un haut niveau de compétence					
Dans ma tâche j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail					
Dans mon travail, j'ai des activités variées					
J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail					
J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles					

DEMANDE PSYCHOLOGIQUE :

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne suis pas concerné(e)
Mon travail exige d'aller très vite.					
Mon travail me demande de travailler intensément					
On ne me demande pas de faire une quantité excessive de travail					
J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail					
Je ne reçois pas de demandes contradictoires de la part des autres					
Mon travail m'oblige à me concentrer intensément pendant de longues périodes					
Ma tâche est souvent interrompue avant que je l'aie terminée, je dois alors y revenir plus tard					
Mon travail est très souvent mouvementé					
Je suis souvent ralenti dans mon travail parce que je dois attendre que les autres aient terminé le leur					

SOUTIEN SOCIAL :

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord	Je ne suis pas concerné(e)
Mon supérieur se soucie du bien être des travailleurs qui sont sous sa supervision					
Mon supérieur prête attention à ce que je dis					
Mon supérieur a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi					
Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés					
Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien					
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux					
Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt					
Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents					

Avez-vous des commentaires supplémentaires sur votre qualité de vie ?

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : lucie.roux.etu@univ-lille.fr

AUTEURE : Nom : ROUX

Prénom : LUCIE

Date de soutenance : 27/04/2022

Titre de la thèse : La qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : Exercice coordonné, Maison de Santé Pluriprofessionnelle, Centre de Santé, Libéral, Salarié, Médecine générale, Qualité de vie, Epuisement professionnel

Résumé :

Introduction : La démographie médicale en France connaît une évolution péjorative et c'est une problématique de santé publique que le gouvernement souhaite combattre en aidant les jeunes médecins à s'installer dans des structures d'exercice coordonné, les MSP et les CDS, qui sont considérées comme attractives. L'étude de la qualité de vie des médecins dans ces structures est nécessaire pour pouvoir conseiller les jeunes médecins qui s'intéressent à ces modes d'exercice. L'objectif principal de l'étude était de constater une différence de qualité de vie entre les deux groupes. L'objectif secondaire était de mettre en avant des profils en fonction des structures d'exercice. Le but de l'étude était de constituer un guide d'installation sous la forme d'une fiche pratique présentant les deux modes d'exercice avec leurs points forts et leurs points faibles.

Méthode : Une étude quantitative, descriptive et transversale a été menée auprès des médecins installés en MSP et en CDS dans les Hauts-de-France, pendant une durée de 3 mois. Un questionnaire comprenant l'étude des caractéristiques démographiques de la population, une échelle visuelle de qualité de vie, l'échelle de Diener (sur la satisfaction de vie), le profil de Duke (ou profil de santé) et le score de Karasek (évaluant la qualité de vie au travail) a été soumis aux participants. Une analyse statistique a été réalisée, ainsi qu'une analyse par correspondance multiple, et une analyse descriptive des commentaires laissés par les médecins.

Résultats : La qualité de vie des médecins généralistes en MSP et en CDS est globalement similaire. L'étude a montré des scores de qualité de vie élevés, avec notamment une échelle visuelle de qualité de vie identique à 8/10 en médiane dans les deux groupes. La satisfaction de vie était légèrement supérieure chez les libéraux en MSP et ces derniers éprouvent une meilleure santé physique et moins d'anxiété que les salariés. L'analyse de la qualité de vie au travail par le score de Karasek a montré un risque d'épuisement professionnel similaire dans les deux groupes, mais les salariés bénéficient d'un soutien social plus important. L'analyse par correspondance multiple n'a pas permis de distinguer de profils en fonction des modes d'exercice.

Conclusion : L'exercice coordonné semble offrir une bonne qualité de vie et il existe peu de différences entre le libéral en MSP et le salariat en CDS. Il appartient aux jeunes médecins généralistes de faire un choix éclairé en fonction de leurs besoins professionnels et personnels, pour leur assurer la meilleure qualité de vie possible.

Composition du Jury :

Président : Pr Christophe Berkhout

Assesseur : Dr François Quersin

Directeur de thèse : Dr Sylvain Duriez