

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Qualité de vie des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en fonction
de leur lieu d'exercice**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2025 à 16 heures
au Pôle Formation
par Dylan DEVOS

JURY

Président :

Madame la Professeure Florence RICHARD

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maurice PONCHANT

**Qualité de vie des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais
en fonction de leur lieu d'exercice**

REMERCIEMENTS

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	7
INTRODUCTION	8
I – QUALITE DE VIE	8
II – ZONAGE GEOGRAPHIQUE DES MEDECINS GENERALISTES	9
III – MESURES INCITATIVES POUR FAVORISER L’INSTALLATION DES MEDECINS GENERALISTES	10
A – <i>Aides financières</i>	10
B – <i>Exercice coordonné</i>	11
IV – ÉTAT DES LIEUX EN 2025	12
A – <i>Démographie médicale</i>	12
B – <i>Qualité de vie des médecins généralistes selon différents critères</i>	12
C – <i>Activité des médecins généralistes</i>	13
D – <i>Relation entre qualité de vie et qualité des soins</i>	14
V – JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L’ETUDE	14
MATÉRIELS ET MÉTHODES	16
I – TYPE D’ETUDE	16
II – POPULATION ETUDIEE	16
A – <i>Critères d’inclusion</i>	16
B – <i>Critères d’exclusion</i>	16
III – QUESTIONNAIRE	16
IV – CADRE REGLEMENTAIRE	16
V – RECUEIL DE DONNEES	17
A – <i>Questionnaire</i>	17
B – <i>Calcul du score de qualité de vie</i>	17
C – <i>Définition des seuils</i>	17
VI – ANALYSE STATISTIQUE	18
RÉSULTATS	20
I – DIAGRAMME DE FLUX	20
II – POPULATION DE L’ETUDE	21
III – DONNEES CONCERNANT L’EXERCICE PROFESSIONNEL	21
A – <i>Lieu d’exercice et année d’installation</i>	21
B – <i>Activité professionnelle</i>	23
IV – QUALITE DE VIE	24
V – ANALYSES STATISTIQUES	25
A – <i>Qualité de vie en fonction du lieu d’exercice</i>	25
B – <i>Qualité de vie en fonction d’autres facteurs</i>	26
DISCUSSION	28
I – RESULTATS PRINCIPAUX	28
II – RESULTATS SECONDAIRES	29
III – LIMITES ET FORCES DE L’ETUDE	31
A – <i>Limites de l’étude</i>	31
B – <i>Forces de l’étude</i>	31
C – <i>Perspectives</i>	32
CONCLUSION	33

RÉFÉRENCES	35
ANNEXES	37

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A.L.D : Affection Longue Durée

A.R.S : Agence Régionale de Santé

C.E.S.P : Contrat d'engagement au service publique

C.M.U : Couverture Maladie Universelle, désormais C.S.S : Complémentaire Santé Solidaire

C.N.O.M : Conseil National de l'Ordre des Médecins

C.P.T.S : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

D.E.S : Diplôme d'Études Spécialisées

D.R.E.E.S : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

H.A.S : Haute Autorité de Santé

I.N.S.E.E : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

M.G : Médecin Généraliste

M.S.P : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

Q.D.V : Qualité De Vie

Q.V.T : Qualité de Vie au Travail

W.H.O.Q.o.L : World Health Organization Quality of Life

Z.A.C : Zone d'Action Complémentaire

Z.A.R : Zone d'Accompagnement Régional

Z.I.P : Zone d'Intervention Prioritaire

Z.N.D : Zone Normo-Dense

Z.S.D : Zone Sous-Dense

INTRODUCTION

I – Qualité de vie

De plus en plus couramment, les professionnels de santé du territoire expriment leur souhait de privilégier leur qualité de vie. Ce concept englobe la recherche d'un équilibre entre qualité de vie professionnelle et qualité de vie privée. Il s'agit d'un enjeu majeur, tant pour les professionnels que pour le système de santé dans son ensemble.

La qualité de vie est un concept multidimensionnel qui englobe non seulement les conditions de vie matérielles et de santé, mais aussi les aspects psychologiques, sociaux et professionnels. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité de vie d'un individu est définie comme « *La perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.* »(1). En d'autres termes, elle dépend de plusieurs facteurs subjectifs et objectifs, parmi lesquels on trouve la satisfaction au travail, l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, la santé mentale et physique, ainsi que le niveau de stress et de bien-être ressenti.

En complément de cette définition, on peut introduire le concept de qualité de vie au travail (QVT), qui reprend les mêmes aspects mais liés à l'exercice professionnel et à son organisation.

Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), la qualité de vie au travail est définie comme « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* »(2).

Elle comprend :

- Les « *conditions d'emploi et de travail* » (espace de travail, matériel, temps de transport...)
- Le « *contenu du travail* » (Rythme, sentiment d'être utile, utilisation de ses compétences...)
- La « *capacité d'expression et d'action* » (Discussion sur le travail, travail en équipe...)

La Haute Autorité de Santé (HAS) reprend cette notion dans un article co-écrit avec l'ANACT et aborde la qualité de vie au travail dans les établissements de santé(3).

Pour les médecins généralistes, la qualité de vie au travail peut être influencée par des

éléments comme la charge de travail, le temps de trajet domicile-travail, l'autonomie dans l'organisation de l'emploi du temps, le soutien social et les infrastructures de santé disponibles(4–6). L'environnement professionnel dans lequel un médecin exerce son métier peut donc avoir un impact significatif sur sa satisfaction et son bien-être.

II – Zonage géographique des médecins généralistes

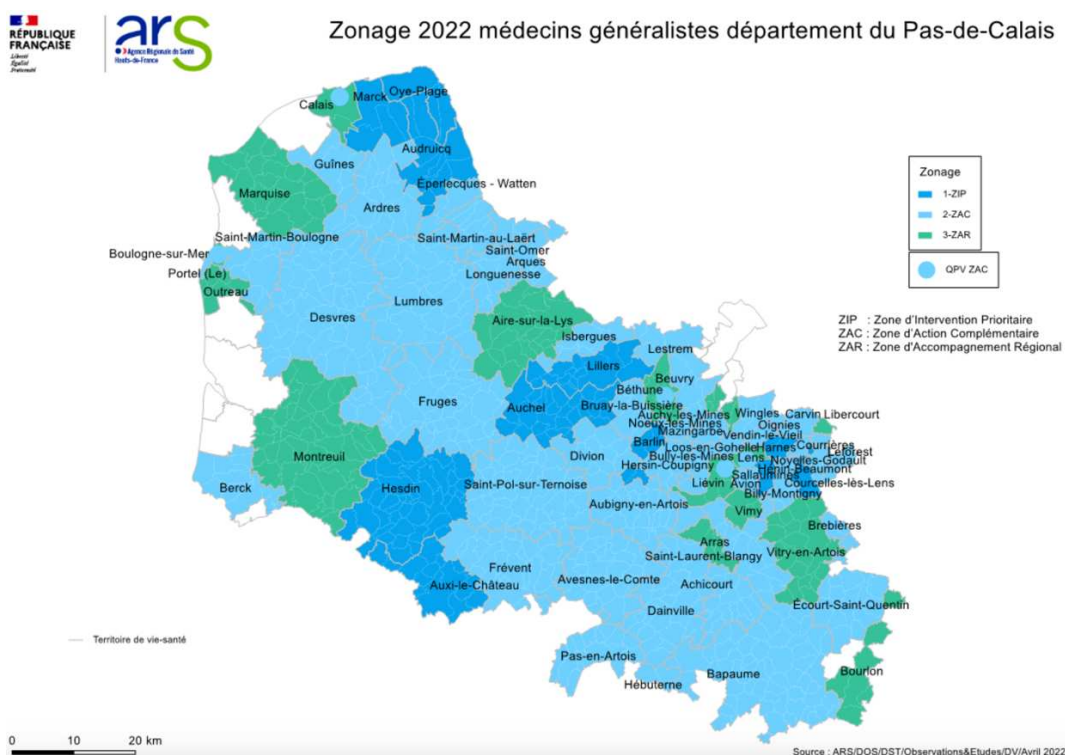
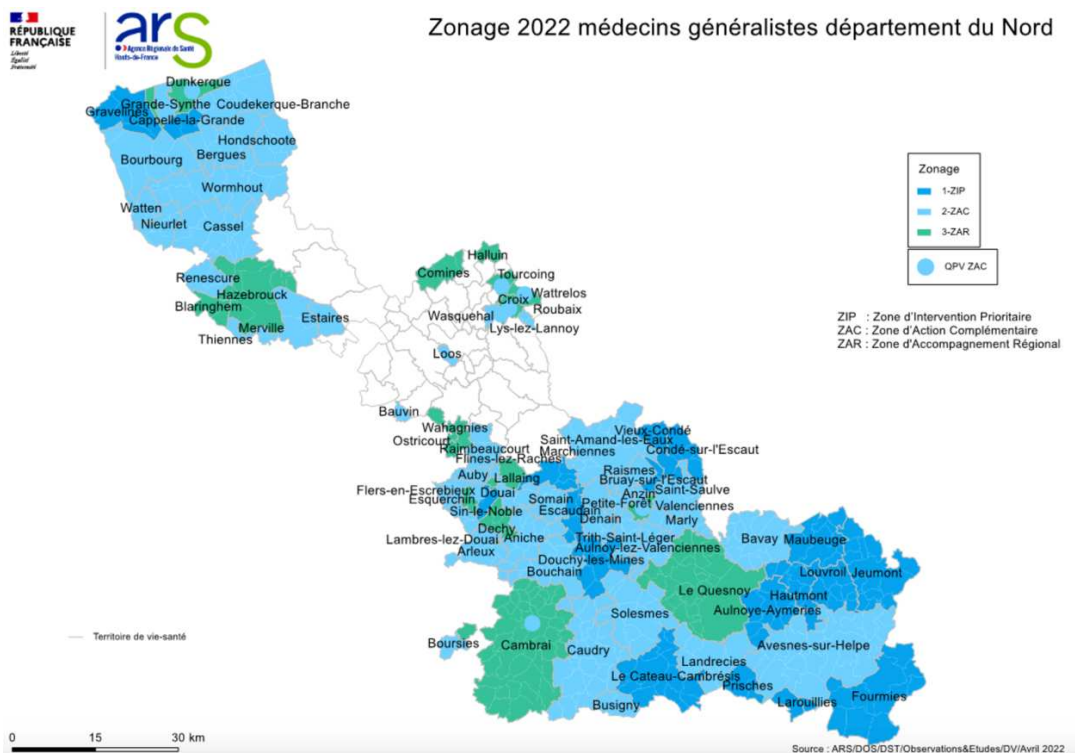
En France, la répartition géographique des médecins généralistes est marquée par des disparités importantes avec des zones « *sous-dotées* » (ou « *sous-denses* ») où l'accès aux soins par la population est plus difficile, et des zones dites « *normo-denses* » où l'offre de soins est mieux répartie. Cette répartition suit un zonage défini tous les trois ans par l'Agence Régionale de Santé (ARS), dont le dernier date d'avril 2022(7).

Une zone sous-dense est une zone caractérisée par l'ARS par une offre de soins insuffisante. Les zones sont définies selon des « *territoires vie-santé* » selon plusieurs données regroupées en un indicateur principal : l'accessibilité potentielle localisée (APL) d'un médecin. Sont alors examinés chaque année le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans (anticipation des départs à la retraite), l'activité de chaque médecin (nombre d'acte par an), le temps d'accès au médecin et la consommation de soins des habitants par classe d'âge(8).

L'ARS peut, dans l'intervalle des trois ans où elle renouvelle le zonage des médecins généralistes, actualiser l'identification de nouvelles zones sous-denses en fonction des besoins de la population.

La dichotomie entre « *zone sous-dense* » et « *zone normo-dense* » est différente de celle de zone « *rurale* » ou zone « *urbaine* », ces dernières étant identifiées par l'INSEE selon « la grille communale de densité »(9).

Dans les Hauts-De-France, ces zones sous-denses englobent trois types de zones : les Z.I.P ou zones d'intervention prioritaire, les Z.A.C. qui sont les zones d'actions complémentaires, et les Z.A.R ou zones d'accompagnement régional. Ces trois zones couvrent 94 % de la population du Pas-de-Calais et 64,2 % de la population du Nord(7).



III – Mesures incitatives pour favoriser l’installation des médecins généralistes

Afin de favoriser l’installation des médecins dans ces zones sous-dotées, diverses incitations sont mises en place, telles que des aides financières, des exonérations fiscales et des contrats d'engagement(10).

A – Aides financières

Depuis 2009, l’ARS propose également une aide financière aux étudiants EN médecine à

partir du second cycle, dans le cadre du Contrat d'Engagement de Service Public (CESP). En contrepartie d'une allocation mensuelle de 1 200 euros, les bénéficiaires s'engagent à s'installer pendant un nombre d'années équivalent à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation, et pour au moins deux ans, dans une des zones définies comme sous-denses(11).

Au premier septembre 2020, sur 3 014 CESP signés depuis le dispositif, 251 l'étaient dans les Hauts-de-France, avec un taux d'installation de 95 % dans la région(11).

D'autres aides financières sont proposées aux praticiens désirant s'installer dans ces communes sous-denses. Dans les Z.I.P, c'est le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM), qui offre jusqu'à 50 000 euros à l'installation. Dans les Z.A.C et les Z.A.R, c'est le Contrat Régional d'Aide à l'Installation des médecins (CRAI), qui alloue respectivement 30 000 et 20 000 euros à l'installation(12). Par la signature de la nouvelle convention médicale entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux, ces aides sont amenées à disparaître au 31 décembre 2025, remplacées par une aide de 10 000 euros en Z.I.P et 5 000 euros en Z.A.C ainsi qu'une majoration du nouveau Forfait Médecin Traitant (FMT) de 10 % (qui remplacera alors l'ancien forfait médecin traitant, le forfait structure, et la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)(13).

B – Exercice coordonné

Avec le plan « *Ma santé 2022* » lancé en 2018 et voté en 2019, le gouvernement entend dynamiser les territoires et faciliter l'accès aux soins, ainsi que de rendre l'exercice pluriprofessionnel plus attractif.(14)

L'ARS favorise alors dans ce cadre le développement de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), avec un objectif de 4000 MSP en 2027(15). Une MSP est une structure regroupant au moins deux médecins généralistes et une profession paramédicale partageant un projet de santé commun, adapté au territoire et à sa population. Cette structure doit répondre à des normes pour être labellisée par l'ARS(16). Il existait, au 31 décembre 2023, 2501 MSP en fonctionnement en France(17).

De plus, l'ARS soutient la coordination et l'amélioration des prises en soins ainsi que l'intégration des professionnels de santé en promouvant la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Actuellement, on en dénombre 44 dans le Nord-Pas-de-Calais(18).

Une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) retrouvait qu'au début de l'année 2022, sept médecins généralistes sur dix exerçaient

en groupe (54 % en 2010, 69 % en 2022), quatre médecins généralistes sur dix exerçaient en cabinet pluriprofessionnel (dont un sur six en MSP)(19) et un médecin sur cinq faisait partie d'une CPTS(20).

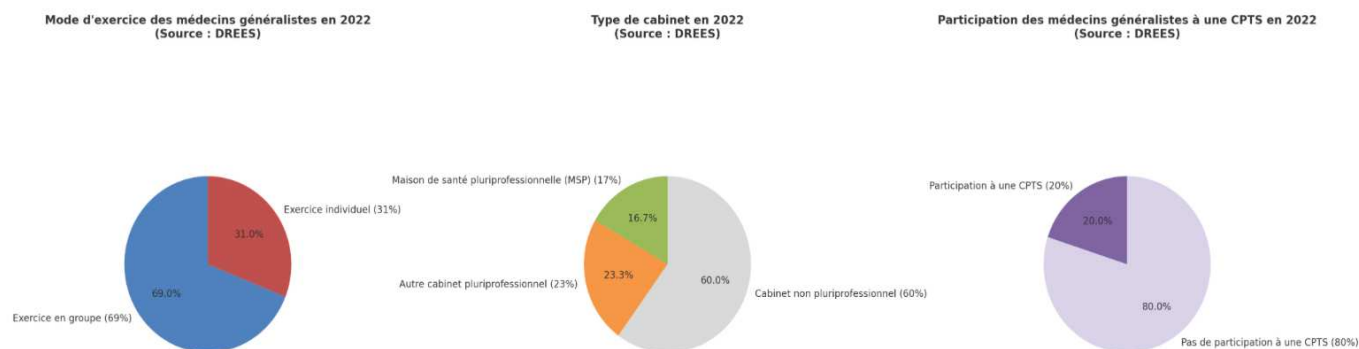


Figure 1. Camemberts reprenant les données de la DREES sur le type d'exercice des MGs en 2022

IV – État des lieux en 2025

A – Démographie médicale

Le dernier rapport de l'Ordre National des Médecins montre un léger accroissement de la démographie médicale entre le 1^{er} janvier 2023 et le 1^{er} janvier 2024 (+1,4% soit 3272 médecins), avec une tendance au rajeunissement de la profession (48,1 ans en moyenne contre 50,2 ans en 2010) et une féminisation de la profession (51,8% de femmes contre 40% en 2010).

Il est également montré que l'activité salariée est de plus en plus choisie, représentant 48,7 % de l'activité en 2024, au détriment de l'activité libérale se retrouvant alors en seconde place(21).

Comme évoqué précédemment, le département du Nord comprend 64,2 % de zones sous-denses, contre 94 % pour celui du Pas-de-Calais. Au 31 décembre 2024, la part des médecins généralistes de plus de 60 ans dans le Nord est de 29,1 % et de 29,6 % dans le Pas-de-Calais. En France, cette classe d'âge représente 31,1 % des médecins généralistes(22).

B – Qualité de vie des médecins généralistes selon différents critères

Selon le travail d'Alexandre JEAN et de Samuel GALIAY réalisé en 2024, il existe bel et bien un lien entre la qualité de vie au travail et le bien-être mental des médecins généralistes (épuisement professionnel)(23).

Cela conduit donc à la recherche d'Antoine GUEDON réalisée en 2016 qui évalue la prévalence et les déterminants du burn-out des médecins généralistes dans le monde. Cette étude retrouve que les facteurs négatifs influençant l'épuisement professionnel des médecins

sont nombreux, notamment la charge de travail (dont nombre de gardes et d'astreintes), manque de sommeil, conflits professionnels. En revanche, il existe des facteurs protecteurs comme l'âge (lié à une plus grande expérience), le fait d'être en couple et d'avoir des enfants ainsi que d'avoir des revenus élevés(6). Cependant, Benjamin DANIEL dans sa recherche retrouve une corrélation positive entre qualité de vie et nombre de gardes(24), ce qui laisse supposer que le facteur financier entre en jeu.

La thèse d'Alice LIEGOIES et de Margot GEORGET réalisée en 2019 montre qu'un médecin généraliste sur deux éprouve un sentiment de burn-out, qui serait d'autant plus sévère qu'ils réaliseraient plus de 30 actes par jour ou qu'ils prendraient moins de 5 semaines de congés par an(25).

Quant au mode d'exercice et à la charge de travail, une étude de la DREES réalisée en 2022 montre que les médecins qui exercent seuls travaillent plus (55,4 heures par semaine en moyenne), comparativement aux médecins exerçant de manière pluriprofessionnelle (53,1 heures) et aux médecins exerçant en groupe monoprofessionnel (50,7 heures). Toutefois, l'exercice pluriprofessionnel montre un temps de travail plus élevé en zone rurale ou urbaine défavorisée, mais un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle(26).

Ce lien entre charge de travail et qualité de vie est également évoqué dans le travail de recherche de Marc THIEBAUT en 2003, qui retrouve une corrélation négative entre qualité de vie et charge de travail (nombre d'heures et de consultations). Cependant, il ne retrouve pas de différence significative de charge de travail entre zone rurale et zone urbaine, en insistant sur le fait que la présence d'un secrétariat améliorerait les données sur le charge de travail(4).

La thèse de Lucie ROUX réalisée en 2021 indique que les médecins exerçant de manière coordonnée en milieu libéral (MSP) et ceux en milieu salarial (Centre de Santé CDS) n'ont pas de différence significative de qualité de vie. En revanche, l'exercice libéral en MSP était corrélé à une meilleure santé physique et à un niveau d'anxiété plus bas(27).

C – Activité des médecins généralistes

En 2023, l'activité moyenne par généraliste libéral est significativement plus élevée dans le Nord (5726 actes) et le Pas-de-Calais (6256 actes) en regard de celle des généralistes de France (tous départements confondus, 4949 actes)(22).

Au vu des données précédemment citées quant au lien existant entre charge de travail et qualité de vie, et au lien entre qualité de vie et santé mentale, nous pouvons nous questionner sur la

qualité de vie de nos médecins du Nord et du Pas-de-Calais qui semblent effectuer plus d'actes que la moyenne nationale.

La thèse de Mélanie CARLIER retrouve qu'une activité libérale en zone sous-dense des Hauts-de-France est liée à plus d'heures de travail comparativement à une zone normo-dense de manière non significative (52,03 vs 49,52 heures, $p = 0,27$)(28). Elle ne retrouve pas cependant de différence d'état de santé en fonction du lieu d'exercice.

Pour terminer, le travail de Yann LEFEBVRE en 2016 confirme que le fait d'être en zone sous-dotée est lié au fait de réaliser plus d'actes (6002 vs 5156 en zone normo-dense), mais que cette différence n'est pas influencée par les actes en Affection Longue Durée (ALD) ou en Couverture Maladie Universelle (CMU) (anciennement, désormais Complémentaire Santé Solidaire (CSS))(29). De plus, les patients ne sont pas plus consommateurs de soins dans ces zones, le nombre d'acte par patient par an ne différant pas de manière significative.

D – Relation entre qualité de vie et qualité des soins

Enfin, la qualité de vie du médecin bénéficie également à ses patients. La maxime de Juvénal « *Mens sana in corpore sano* » (un esprit sain dans un corps sain), prend ici tout son sens : pour bien soigner, il faut d'abord être en bonne santé, physique et mentale.

Et c'est ce que retrouve Mme Cathel KORNIG, chercheuse en Santé Publique dans l'un de ses travaux intitulé « *Quality of working life and quality of care* » réalisé en 2016(30). Ce travail met en exergue notamment « *l'impact des horaires atypiques [...] sur les résultats de santé, les risques d'erreurs, la satisfaction du patient et le risque de maltraitance* ». Elle permet également de mettre en évidence que « *des compétences non techniques, comme le travail d'équipe et la coopération, sont nécessaires pour améliorer la satisfaction du patient, son traitement et sa guérison* ». Concernant le burn-out (épuisement professionnel), il est dit qu'il existe un lien de corrélation positive entre « *le burn-out des soignants [...] et un risque avéré d'erreurs de raisonnement et, donc, un risque pour la qualité du soin* ».

De nombreuses études mettent en évidence ce lien entre épuisement professionnel et diminution de la qualité des soins, tels que le suggèrent les méta-analyses de TAWFIK et al(31), de HODKINSON et al(32), ou encore de DEWA et al(33).

V – Justification et objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'analyser la qualité de vie des médecins généralistes en fonction de leur lieu d'installation et de déterminer s'il existe des différences significatives entre

les médecins installés en zones normo-denses et ceux en zones sous-denses.

Nous chercherons également à identifier d'autres critères, secondaires, susceptibles d'influencer la qualité de vie des médecins généralistes.

En plus du projet professionnel, il ressort que la vie privée des médecins influence l'installation et le lieu d'exercice : la présence d'un conjoint est un point primordial qui émerge de beaucoup d'études.

Cependant, il est possible que des compensations, comme une meilleure valorisation du rôle du médecin ou un lien plus étroit avec la communauté ou encore le cadre de travail et la présence d'autres professionnels par l'émergence du travail en MSP ou au sein de CPTS viennent atténuer ces difficultés.

Il a été démontré à plusieurs reprises que la qualité de vie d'un médecin, y compris sa santé mentale, influe sur sa pratique. Les soins de bonne qualité sont en effet corrélés à des soignants en bonne santé.

Cette étude s'inscrit donc dans ce contexte, cherchant à identifier si le choix éclairé de l'installation dans un endroit donné contribue à une qualité de vie satisfaisante pour les médecins, à éclairer les politiques publiques visant à soutenir les futurs praticiens, à guider les internes médecins de demain et à toujours garantir la pratique d'un soin de bonne qualité.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I – Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive transversale multicentrique, réalisée du 7 décembre 2024 au 15 février 2025.

II – Population étudiée

A – Critères d'inclusion

La population cible de l'étude se composait de l'ensemble des médecins généralistes installés dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Ces médecins devaient exercer une activité ambulatoire.

B – Critères d'exclusion

Les médecins non thésés ou remplaçants étaient exclus de l'étude.

III – Questionnaire

Un questionnaire a été élaboré à partir de la revue de littérature afin de répondre aux objectifs de l'étude. Nous avons choisi la grille WHOQoL-Bref pour juger de la qualité de vie. Il s'agit d'un auto-questionnaire en trois parties comprenant 24 questions, majoritairement à réponse unique ou sous forme d'échelles de Likert. [Annexe 1]

La première partie visait à recueillir des données socio-démographiques de manière anonyme, avec une question initiale permettant de stopper le questionnaire si le médecin y avait déjà répondu.

La deuxième partie portait sur les données professionnelles des médecins, leurs habitudes de travail et leur lieu d'exercice.

Enfin, la dernière partie évaluait leur qualité de vie à l'aide du questionnaire WHOQoL-Bref. Il s'agit d'une grille d'évaluation de la qualité de vie des personnes, validée et standardisée, notamment en français.

IV – Cadre réglementaire

Les données ont été recueillies et exploitées de manière anonyme en conformité avec la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978. Une déclaration a été faite au délégué à la protection

des données (DPO) de Lille qui a validé la recherche avec exonération de déclaration relative au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) [Annexe 2]. Cette étude étant purement observationnelle, aucune demande n'a été soumise au Comité de Protection des Personnes.

V – Recueil de données

A – Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré via la plateforme LimeSurvey™, permettant un recueil des données anonymisé. Le lien a été diffusé par courrier électronique aux médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais. Les premiers envois ont eu lieu le 7 décembre 2024, une relance a été effectuée le 08 janvier 2025 et le questionnaire a été clôturé le 15 février 2025.

La classification des différentes zones (ZIP / ZAC / ZAR) et des CPTS a été obtenue via l'ARS des Hauts-De-France et mise en tableau pour caractériser les villes des participants selon leur zonage respectif et les regrouper en zones sous-denses ou normo-denses.

B – Calcul du score de qualité de vie

La qualité de vie était donnée selon des échelles de Likert en répondant au questionnaire WHOQoL-Bref. Ce questionnaire évalue quatre domaines : la santé physique, le bien-être psychique, la relation avec les autres et l'environnement. Il s'agit d'un questionnaire validé et standardisé dans la littérature.

L'analyse des réponses de l'échelle de qualité de vie était réalisée selon le protocole fourni par les fondateurs du WHOQoL-Bref afin d'établir un score sur 100 pour chaque domaine [Annexe 3].

À partir de ces quatre scores notés sur 100, une moyenne a été calculée pour obtenir le « Score Global de qualité de vie ». Cette moyenne est donc fournie à titre indicatif pour cette étude, les auteurs du WHOQoL recommandant d'analyser les quatre domaines de manière séparée.

C – Définition des seuils

Afin d'interpréter les scores, nous nous sommes interrogés sur le seuil à atteindre pour pouvoir parler d'une « bonne qualité de vie » ou d'une « mauvaise qualité de vie ». Nos recherches nous ont menées à une étude française, réalisée en 2009 sur 16 392 personnes âgées de 18 à 75 ans(34) dont l'analyse retrouvait une cohérence interne élevée du WHOQoL-Bref et permettait d'identifier des valeurs de référence pour les dimensions « santé physique », « santé mentale » et « relation sociale ». Les seuils correspondants au 25^{ème} percentile, à la

médiane et au 75^{ème} percentile étaient utilisés pour classer les résultats des domaines en « Mauvaise / Moyenne / Bonne / Très bonne » qualité de vie physique, mentale et relation sociale.

Le domaine « *environnement* » n'était pas étudié dans cette publication.

Table 4

HRQoL norms^a by sex and age group (years) for the French general population (*n* = 16,392).

	Men							Women							Total
	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–75	Total	18–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–75	Total	
Physical health															
Mean	81.4	82.9	80.7	77.1	74.8	71.6	78.5	79.4	79.9	77.5	73.7	71.3	67.6	75.3	76.9
Standard error mean	0.5	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.2	0.1
25th percentile	75.0	78.6	75.0	67.9	67.9	64.3	71.4	71.4	75.0	71.4	64.3	64.3	60.7	67.9	67.9
Median	82.1	85.7	82.1	78.6	78.6	75.0	82.1	82.1	82.1	78.6	75.0	75.0	70.8	78.6	78.6
75th percentile	89.3	89.3	89.3	85.7	85.7	82.1	89.3	89.3	89.3	85.7	85.7	82.1	78.6	85.7	85.7
Minimum	32.1	21.4	7.1	3.6	17.9	10.7	3.6	21.4	17.9	7.1	10.7	7.1	3.6	3.6	3.6
Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Floor effect (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ceiling effect (%)	5.6	7.0	6.4	3.4	3.1	1.9	4.8	4.3	4.4	3.4	2.8	1.6	0.9	3.0	3.9
Psychological health															
Mean	69.3	70.8	69.8	68.6	67.9	66.8	69.1	66.6	67.3	65.9	64.4	63.3	61.3	65.0	67.0
Standard error mean	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.5	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.1	0.1
25th percentile	58.3	62.5	62.5	58.3	58.3	58.3	62.5	58.3	58.3	58.3	54.2	54.2	50.0	54.2	58.3
Median	70.8	70.8	70.8	70.8	70.0	66.7	70.8	66.7	70.8	66.7	66.7	62.5	62.5	66.7	66.7
75th percentile	79.2	79.2	79.2	79.2	75.0	75.0	79.2	75.0	79.2	75.0	75.0	75.0	70.8	75.0	75.0
Minimum	20.8	16.7	4.2	12.5	16.7	20.0	4.2	8.3	16.7	12.5	4.2	4.2	0.0	0.0	0.0
Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Floor effect (%)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0
Ceiling effect (%)	0.4	1.1	1.1	0.4	0.7	0.2	0.7	0.1	0.4	0.2	0.1	0.3	0.2	0.2	0.5
Social relationship															
Mean	75.6	76.7	75.5	74.5	73.4	71.3	74.7	78.0	77.8	74.6	72.7	71.3	70.6	74.3	74.5
Standard error mean	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.2	0.6	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.2	0.1
25th percentile	66.7	75.0	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	75.0	75.0	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7	66.7
Median	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0	75.0
75th percentile	83.3	83.3	83.3	83.3	83.3	75.0	83.3	91.7	91.7	83.3	83.3	75.0	75.0	83.3	83.3
Minimum	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Maximum	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Floor effect (%)	0.2	0.3	0.1	0.6	0.0	0.1	0.2	0.0	0.1	0.1	0.7	0.2	0.3	0.3	0.2
Ceiling effect (%)	10.2	10.0	9.0	7.4	6.4	2.7	7.9	13.1	13.6	8.3	7.0	4.9	3.8	8.6	8.2

^a Weighted by number of eligible persons in the household and imputed from 1999 INSEE National Census data.

Tableau 1. Issu de l'étude de Baumann et al. sur les normes du questionnaires WHOQoL-Bref.

Pour le score de qualité de vie global (comprenant les 4 domaines du questionnaire), nous ne disposions pas de valeurs seuils. Par conséquent, nous avons utilisé les différents percentiles des réponses exprimées par les répondants pour les classer en différentes catégories.

VI – Analyse statistique

Les données collectées via LimeSurvey™ ont été extraites sur le logiciel Microsoft Excel. Une correspondance des données de l'ARS sur le zonage des médecins généralistes a été effectuée ainsi qu'un calcul du score global de qualité de vie. Les données ont été analysées avec le logiciel Jamovi™.

Les variables qualitatives s'expriment en effectif et en pourcentage. Les variables quantitatives s'expriment en moyenne et en écart-type si elles suivent une loi normale, en médiane et en intervalle interquartile (IQR) dans le cas contraire. L'hypothèse de normalité des données a été vérifiée à l'aide du test de normalité de Shapiro-Wilk ou par un test d'homogénéité

des variances pour les variables qualitatives.

Les variables qualitatives et quantitatives ont été testées par un test de Student si les données suivaient une loi normale ou un test de Mann-Whitney dans le cas contraire. Les variables qualitatives regroupant plus de deux modalités étaient testées par un test ANOVA si les données suivaient une loi normale ou un test de Kruskal-Wallis dans le cas contraire.

L'hypothèse d'indépendance entre deux variables qualitatives a été testée avec un test du χ^2 , ou par le test exact de Fisher si les effectifs étaient inférieurs à 5.

Les tests étaient bilatéraux, avec un risque alpha retenu de 5 %.

Pour certaines variables, comme l'âge, qui était recueilli sous forme de tranches (rendant la variable qualitative ordinale), une valeur d'« *âge moyen* » a été attribuée en prenant la valeur centrale de chaque tranche (ex. 20-29 ans = 25 ans ; 60 ans et plus = 65 ans). Cette transformation visait à rendre la variable quantitative et à augmenter la puissance des analyses statistiques. Pour la même raison, la modalité « *4 et plus* » concernant le nombre d'enfants a été transformée en « 4 » afin de traiter cette variable comme quantitative.

Concernant la question « *Quel est votre mode d'exercice* », une option « *Autre* » était proposée. Après analyse des commentaires associés, il est apparu que plusieurs participants exerçaient en Équipe de Soins Primaires (ESP). Cette modalité a donc été ajoutée à celles de la question initiale après le recueil des données.

De plus, une variable dérivée a été créée à partir du zonage initial des participants (ZIP, ZAC, ZAC/QPV, ZAR et Hors zonage), permettant de regrouper les médecins en deux catégories : zone sous-dense et zone normo-dense. Cette nouvelle variable, de type binaire, a été utilisée dans certaines analyses comparatives. De la même manière, une variable dérivée a été calculée en fonction des données « *Année d'installation* » afin de créer une variable « *Nombre d'années depuis l'installation* » et une variable « *Nombre d'années entre la thèse et l'installation* ».

Les données manquantes ont été prises en compte dans l'analyse descriptive. Selon les variables, les valeurs ont été soit exclues, soit signalées dans les résultats. Aucune méthode d'imputation n'a été utilisée. Par exemple, la variable « *Nombre d'actes par an* » présentait 22 valeurs manquantes, soit environ 14 % des réponses. Ces données manquantes n'ont pas été imputées, et n'ont pas été incluses dans les analyses statistiques portant sur cette variable. Le choix d'une analyse en données disponibles a été retenu.

Nous avons suivi les critères de la grille STROBE pour juger de la valeur scientifique de l'étude.
[Annexe 4]

RÉSULTATS

I – Diagramme de flux

Le diagramme de flux des répondants est présenté en Figure 3. Au 31 décembre 2024, les médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais représentaient 3 440 personnes, parmi lesquels 2326 (68%) exerçaient dans le Nord, contre 1114 (32 %) dans le Pas-de-Calais(22).

Les courriers électroniques ont été envoyés via une liste de diffusion d'environ 600 médecins généralistes de ces deux départements, principalement des Maîtres de Stage Universitaire (MSU). Certains mails ont été relayés par les coordonnateurs de CPTS, dont il est difficile de connaître la portée. 202 réponses ont été obtenues, dont 47 ont été exclues car incomplètes (questionnaire de qualité de vie non rempli), une exclue car la moitié des données sociodémographiques étaient manquantes et enfin deux exclues car les participants ont répondu avoir déjà répondu au questionnaire.

Au total, 152 questionnaires ont pu être inclus dans l'étude, soit un taux de réponse d'environ 25 %. A l'échelle du Nord-Pas-de-Calais, ce sont 4,42 % des médecins généralistes qui ont participé à l'étude.

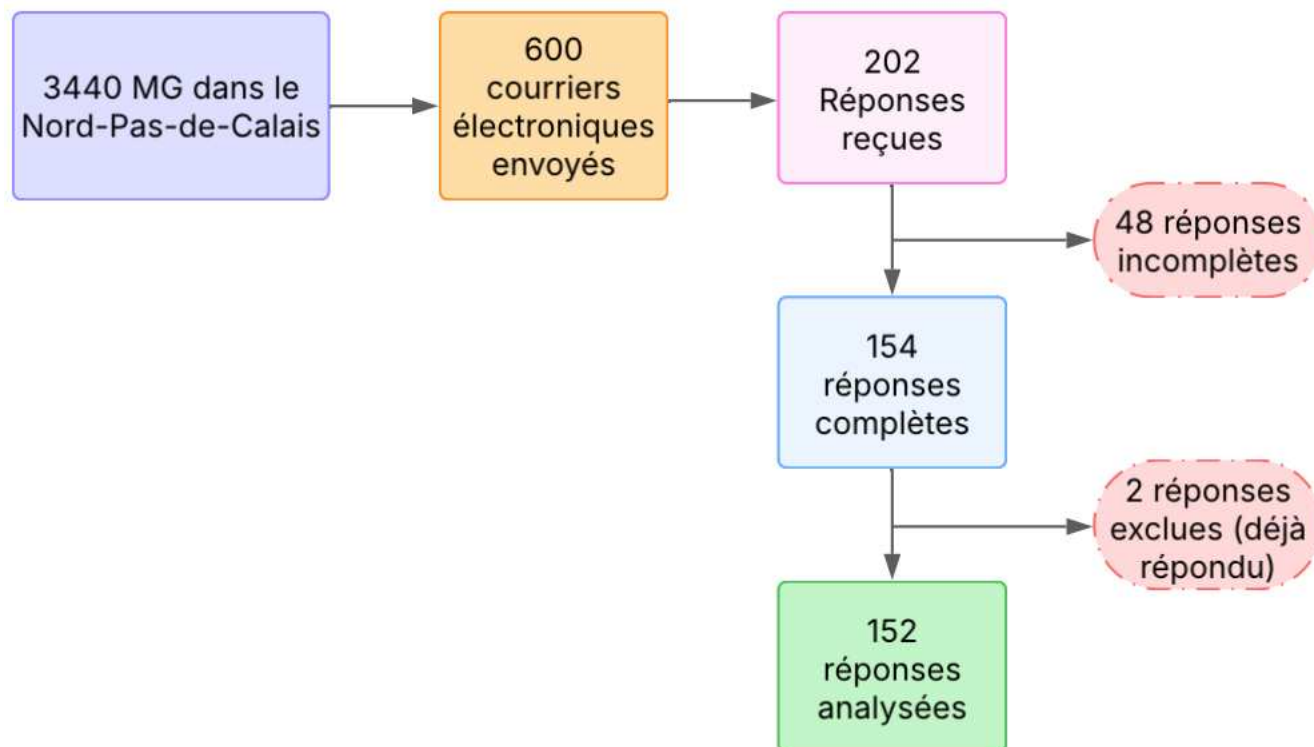


Figure 3. Diagramme de flux

II – Population de l'étude

Les principales caractéristiques sociodémographiques des répondants sont reprises dans le Tableau 2.

Variable	Modalité	N (152)	%
<i>Genre</i>	Féminin	72	47,4 %
	Masculin	80	52,6 %
<i>Âge</i>	20–29 ans	3	2,0 %
	30–39 ans	68	45 %
	40–49 ans	44	29,1 %
	50–59 ans	26	17,2 %
	60 ans ou plus	10	6,6 %
	Non renseigné	1	Exclu
<i>Statut marital</i>	Célibataire	14	9,3 %
	Marié(e)/Pacsé(e)	128	84,8 %
	Autre	9	6,0 %
	Non renseigné	1	Exclu
<i>Nombre d'enfants</i>	0	17	11,2 %
	1	17	11,2 %
	2	67	44,1 %
	3	36	23,7 %
	4 et plus	15	9,9 %

Tableau 2. Principales caractéristiques sociodémographiques des médecins répondants

La proportion femme/homme est plutôt équilibrée et l'âge moyen des répondants est de 43,1 ans. Une participante n'a pas souhaité renseigner sa tranche d'âge, elle a été exclue de cette analyse.

Une grande majorité des médecins répondants est en couple. Il est à noter qu'une participante a été exclue de cette analyse car la donnée était manquante. Aucun participant ne s'est déclaré veuf.

Un test de Mann-Whitney retrouve une différence significative ($p = 0,011$) entre le nombre d'enfants et le genre des médecins, les hommes ayant déclaré plus d'enfants que les femmes.

III – Données concernant l'exercice professionnel

A – Lieu d'exercice et année d'installation

À titre indicatif, vous trouverez en annexe 5 une cartographie des répondants. [Annexe 5]

Les principales données concernant le lieu d'exercice des médecins répondants sont reprises dans le Tableau 3.

Variable	Modalité	N (152)	%
Département	59	86	57 %
	62	66	43 %
Zone sous-dense ou normo-dense	Zone sous-dense	121	80 %
	Zone normo-dense	31	20 %
Zonage ARS	ZIP	17	11 %
	ZAC	70	46 %
	ZAC QPV / ZAR	18	12 %
	ZAR	16	11 %
	Hors Zonage	31	20 %

Tableau 3. Principales données concernant le lieu d'exercice des médecins répondants

Il n'y a pas de différence significative entre le genre, l'âge moyen, le statut marital ou le nombre d'enfants et le département ($p > 0,05$).

Il n'est pas mis en évidence non plus de différence significative entre le genre ou le statut marital et le fait d'exercer en zone sous-dense ou non ($p > 0,05$).

En revanche, le test de Mann-Whitney pour échantillons indépendants montre une différence significative de l'âge moyen entre les médecins installés en zone sous-dense et ceux en zone normo-dense ($p = 0.025$). Les médecins exerçant en zone sous-dense ont un âge moyen de 42,3 ans contre 46,6 ans pour ceux en zone normo-dense.

Le test est significatif sur le nombre enfant et le fait d'exercer en zone sous-dense ou non, avec un nombre d'enfant par médecin inférieur en zone sous-dense (2,02 vs 2,42 ; $p = 0,02$).

Le Tableau 4 reprend différentes données quant à l'année de thèse, l'année d'installation ou les durées depuis l'installation ou entre l'année de thèse et celle d'installation.

Variable	N	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
Année de thèse	152	2013	9,55	1980	2024
Année d'installation	152	2016	9,44	1980	2024
Nombre d'années entre thèse et installation	152	2	3,41	0	25
Nombre d'années depuis l'installation	152	9	9,44	1	45

Tableau 4. Données temporelles sur l'installation

Le nombre d'années qui se sont écoulées entre l'année de thèse et l'année d'installation n'est pas significativement différente en fonction de la zone d'installation. En revanche, les femmes ont une durée significativement plus élevée entre l'année de thèse et celle d'installation ($p < 0,05$).

B – Activité professionnelle

Le Tableau 5 reprend les principales données concernant le type et le mode d'activité professionnelle des médecins de l'étude. Le Tableau 6 lui apporte un complément sur le volume d'activité.

Variable	Modalité	N (152)	%
Maitre de Stage Universitaire	Oui	124	82 %
	Non	28	18 %
Signature d'un CESP	Oui	7	4,6 %
	Non	145	95 %
Type d'activité	Libérale	130	86 %
	Salariée	7	4,6 %
	Mixte	14	9,2 %
	Autre	1	0,7 %
Mode d'exercice	Seul	18	12 %
	Cabinet médical	54	36 %
	ESP	2	1,3 %
	MSP	74	49 %
	Centre de santé	3	2 %
	Autre	1	0,7 %
Territoire couvert par une CPTS	Oui	142	93 %
	Non	10	6,6 %
Nombre de gardes par trimestre	0	28	18 %
	1 à 2	64	42 %
	3 ou plus	60	39 %
Nombre de semaines de congés par an	1 à 3	3	2 %
	4 à 7	90	59 %
	Plus de 8	59	39 %

Tableau 5. Activité des médecins généralistes

Variable	N	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
Nombre d'heures travaillées par semaine	150	45	9,64	20	90
Nombre d'actes par an	130	5 275	1 688,5	1 000	11 000

Tableau 6. Volume d'activité des médecins

L'exercice en groupe ainsi que l'activité libérale représente neuf répondants sur dix, dont la majorité en MSP.

Le tableau en annexe 6 reprend les principales p-values des tests effectués. [Annexe 6]

Ces tests mettent en évidence une prédominance d'exercice seul vs en groupe pour les médecins les plus âgés (48,3 ans vs 42,4 ans ; $p = 0,012$). De même, on observe une diminution

du nombre de gardes avec l'âge ($p < 0,05$) ainsi qu'une diminution du nombre de semaines de congés par an ($p = 0,02$) face à une augmentation du nombre d'heures travaillées par semaine ($p < 0,001$) et du nombre d'actes par an ($p = 0,003$).

Nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre l'exercice en zone sous-dense ou non et le mode d'exercice (seul ou en groupe), le nombre de semaines de congés par an, le nombre d'heures travaillées ou encore le nombre d'actes par an ($p > 0,05$). En revanche, le test du χ^2 trouve une corrélation positive entre le nombre de gardes par trimestre et le fait d'exercer dans les zones sous-denses.

Cependant, l'exercice en groupe est significativement corrélé au fait de prendre plus de semaines de congés par an ($p = 0,03$).

Enfin, le fait d'être une femme était significativement corrélé, selon les tests du Mann-Whitney, au fait d'effectuer moins d'heures par semaine (43,5 vs 47,7h ; $p = 0,014$) et d'effectuer moins d'actes par an (4905 vs 5741 actes ; $p = 0,003$). Toutefois, les femmes ne prennent pas plus de congés que les hommes ($p > 0,05$).

IV – Qualité de vie

Le Tableau 7 reprend les données concernant la qualité de vie des médecins généralistes, selon ses différentes composantes : physique, psychologique, sociale et environnementale. Pour rappel, les scores qui y sont donnés sont des scores sur 100 points et sont calculés grâce aux tables de correspondance fournies dans le guide du WHOQoL-Bref. De même, un score global a été calculé pour faciliter l'interprétation des données, mais n'est pas recommandé par les auteurs du questionnaire.

Le Tableau 8 reprend les données concernant les classes de qualité de vie divisés entre « Mauvaise », « Moyenne », « Bonne » ou « Très bonne ». Pour rappel, les classes de qualité de vie environnementale n'ont pas été analysées en raison du manque de valeurs seuils disponibles dans la littérature. De même, les classes de qualité de vie globale ont été calculées en fonction des différents percentiles des réponses de notre étude.

Variable	N	Médiane	Écart-type	Minimum	Maximum
<i>Qualité de vie physique / 100</i>	152	75	13,9	32	100
<i>Qualité de vie psychologique / 100</i>	152	71	14,6	33	100

Qualité de vie sociale / 100	152	67	20,1	17	100
Qualité de vie environnementale / 100	152	72	13,3	28	100
Qualité de vie globale / 100	152	71,6	13	37,6	100

Tableau 7. Données concernant les différents scores de qualité de vie /100

Variable	Modalité	N (152)	%
Qualité de vie physique	Mauvaise	49	32,2 %
	Moyenne	31	20,4 %
	Bonne	33	21,7 %
	Très bonne	39	25,7 %
Qualité de vie psychologique	Mauvaise	24	15,8 %
	Moyenne	32	21,1 %
	Bonne	38	25 %
	Très bonne	58	38,2 %
Qualité de vie sociale	Mauvaise	81	53,3 %
	Moyenne	32	21,1 %
	Bonne	0	0 %
	Très bonne	39	25,7 %
Qualité de vie environnementale	Non évalué : absence de valeurs seuils		
Qualité de vie globale	Mauvaise	38	25 %
	Moyenne	38	25 %
	Bonne	37	24,3 %
	Très bonne	39	25,7 %

Tableau 8. Proportions des répondants selon les différentes classes de qualité de vie

V – Analyses statistiques

Le tableau en annexe 7 reprend les p -values des tests statistiques effectués entre les différents scores et classes de qualité de vie et les principales données socio-démographiques ainsi que l'exercice professionnel. [Annexe 7]

A – Qualité de vie en fonction du lieu d'exercice

Il n'existe pas de différence significative entre tous les domaines de qualité de vie et l'exercice dans un département (Nord ou Pas-de-Calais) ($p > 0,05$).

On ne retrouve pas non plus de différence significative entre les scores ou classes de qualité de vie physique et de santé mentale en fonction du zonage d'installation ($p > 0,05$).

En revanche, le test du χ^2 met en évidence une différence significative entre les classes

de qualité de vie sociale et le zonage des médecins ($p = 0,011$) : les chiffres montrent une tendance à une amélioration de la qualité de vie sociale en zone normo-dense avec un plus grand effectif observé qu'attendu dans la classe « Très bonne » et moins de « Moyenne » qualité de vie sociale.

De même, la qualité de vie environnementale diffère selon que le médecin soit installé en zone sous-dense ou en zone normo-dense : les notes moyennes sont de 70,4/100 en ZSD contre 75/100 en ZND ($p = 0,043$).

L'appartenance à une CPTS n'est pas associée significativement à une différence de qualité de vie, dans chaque domaine ou sur le score global.

B – Qualité de vie en fonction d'autres facteurs

Il n'est pas mis en évidence de différence significative de qualité de vie en fonction du genre, du statut marital, du nombre d'enfants ou du nombre d'actes par an.

○ Âge

L'âge apparaît comme facteur influençant la qualité de vie physique et mentale, ainsi que la qualité de vie globale.

En effet, un test ANOVA met en évidence une différence de qualité de vie physique entre les classes « Mauvaise » et « Moyenne » ; les 30-49 ans auraient une moins bonne qualité de vie physique ($p = 0,03$).

Le test du Chi² met en évidence une différence significative de la santé mentale en fonction de l'âge ($p = 0,023$). Un test ANOVA met en évidence une différence entre l'âge et les qualités de vie mentale « Moyenne » et « Très bonne » ($p = 0,034$) et « Bonne » et « Très bonne » ($p = 0,001$). Plus l'âge augmente, plus la qualité de vie mentale tend à être meilleure.

Enfin, la qualité de vie globale calculée diffère significativement selon un test du Chi² en fonction de l'âge. Un test complémentaire ANOVA montre une différence entre les classes « Moyenne » et « Très bonne » ($p = 0,018$). Les participants de 30 à 49 ans ont davantage de « Mauvaise » ou « Moyenne » qualité de vie globale alors que les plus âgés ont davantage de « Bonne » ou « Très bonne » qualité de vie globale.

- Mode d'exercice

Les participants exerçant en groupe (MSP, ESP, Cabinet médical) ont une qualité de vie physique supérieure à ceux exerçant seul selon un test de Mann-Whitney (79/100 vs 68/100 ; $p = 0,005$).

Les qualités de vie mentale, sociales ou environnementales ne sont cependant pas significativement différentes.

La qualité de vie globale sur 100 en revanche diffère avec une moyenne à 71,4/100 pour les médecins exerçant en groupe et à 65,5/100 pour ceux exerçant seuls (test de Student ; $p = 0,034$).

- Activité médicale

Le nombre de garde par trimestre est associé significativement à la qualité de vie physique et aux relations sociales. Elle n'impacte pas la qualité de vie mentale ou environnementale, ni le score global.

La classe de qualité de vie physique diffère selon le nombre de garde : on retrouve plus de « Mauvaise » qualité de vie physique si le médecin réalise plus de trois gardes par trimestre, et moins de « Mauvaise » qualité de vie physique lorsqu'il en réalise une à deux par trimestre ($p = 0,07$).

De la même manière, le test ANOVA met en évidence une différence entre la qualité de vie sociale et les classes « 1 à 2 gardes » et « 3 ou plus de gardes » ($p = 0,028$).

Le nombre de semaines de congés par an n'a pas d'influence sur la qualité de vie physique ou mentale mais retentit sur la qualité de vie sociale : on observe plus de « Très bonne » qualité de vie sociale lorsque les médecins déclarent prendre « plus de 8 » ou « 4 à 7 » semaines de congés par an, et moins de « Mauvaise » qualité de vie sociale dans ces mêmes tranches ($p = 0,025$).

Enfin, le score de qualité de vie environnementale sur 100 diffère significativement en fonction du nombre d'heures de travail par semaine qui apparaissent corrélés négativement : la qualité de vie environnementale diminue quand le nombre d'heures par semaine augmente. Le volume horaire hebdomadaire n'influe pas significativement sur les qualités de vie physique, mentale ou sociale.

DISCUSSION

I – Résultats principaux

Notre objectif était de déterminer si la qualité de vie des médecins généralistes du Nord et du Pas-de-Calais différait en fonction de leur lieu d'exercice : zone sous-dense ou zone normo-dense.

Il apparaît que ni le département d'installation (Nord ou Pas-de-Calais), ni l'appartenance à une CPTS influencent les classes et les scores de qualité de vie dans ses différents domaines. Il convient toutefois de nuancer cette dernière conclusion, car l'information relative à la CPTS n'a pas été recueillie directement, mais déduite à partir de la ville d'exercice et des données de l'ARS. Il est donc possible qu'un biais de classification ait limité la fiabilité de cette variable.

En revanche, exercer en zone normo-dense est associé à une meilleure qualité de vie sociale et environnementale, sans impact significatif sur la dimension physique ou psychologique. Ce constat suggère que l'environnement professionnel et personnel joue un rôle important dans le bien-être social et environnemental, mais n'affecte pas directement la santé mentale ou physique des médecins.

L'analyse des sous-questions de ces deux variables (santé mentale et physique) montre par exemple que la qualité du sommeil, facteur souvent cité comme déterminant dans la qualité de vie, ne varie pas significativement selon le zonage. Cela pourrait indiquer que le stress ou la charge de travail ne sont pas nécessairement plus élevés en zone sous-dense, ou qu'ils sont compensés par d'autres facteurs.

En décomposant le score « relations sociales » et en analysant les sous-questions (qualité des relations sociales, de la vie sexuelle et du soutien des amis), on observe une qualité des relations sociales inférieure en zone sous-dense (3,65/5) par rapport à la zone normo-dense (3,84/5). À l'inverse, la qualité de vie sexuelle (3,49/5 vs 3,19/5) et le soutien des amis sont perçus comme meilleurs en zone sous-dense. Ce paradoxe apparent pourrait s'expliquer par des styles de vie différents : les médecins des zones sous-denses, souvent plus jeunes et avec moins d'attaches familiales (mais pas moins en couple), bénéficient peut-être de plus de temps personnel et d'un réseau social moins dispersé.

S'agissant du domaine « Environnement », l'analyse des sous-questions (Sentiment de sécurité, sensation d'environnement sain, revenus suffisants, informations suffisantes, loisirs, qualité de l'endroit de vie, accès aux soins dont les médecins ont besoin et moyens de transport), il apparaît

que la variable « Accès aux soins dont les médecins ont besoin » soit significativement différente selon que le médecin exerce en zone sous-dense (3,68/5) ou non (4,32/5) ($p < 0,001$). Cela suggère un effet direct du zonage sur la capacité des professionnels à prendre soin d'eux-mêmes, ce qui constitue un enjeu de santé publique. En effet, un accès limité aux soins peut contribuer à une moindre prévention, un retard de prise en charge ou un épuisement accru. Selon un article paru dans la revue *Exercer*, 85% des médecins avaient déclaré avoir un médecin traitant et pour la plupart il s'agissait d'eux-mêmes(35). Ce point mérite une attention particulière dans les politiques d'aménagement du territoire.

Il est à noter que 80% des répondants exercent en zone sous-dense. Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative concernant le genre ou le statut marital selon le zonage. En revanche, les médecins en zone sous-dense sont généralement plus jeunes et ont moins d'enfants qu'en zone normo-dense. Cela pourrait mettre en évidence un frein réel à la parentalité, ou un simple reflet de l'âge plus jeune.

Par ailleurs, les femmes ont tendance à s'installer plus tardivement que les hommes, ce qui pourrait s'expliquer par un plus grand nombre d'années de remplacement. Cette période transitoire leur offrirait davantage de flexibilité, notamment en ce qui concerne l'accès à la parentalité.

II – Résultats secondaires

Notre étude nous a permis de mettre en lumière d'autres influences de la qualité de vie.

Les médecins effectuent significativement plus de gardes par trimestre en étant installés en zone sous-dense. Or, le fait d'effectuer plus de trois gardes par trimestre est significativement associé à une qualité de vie physique et sociale inférieures. Cela pourrait donc être un des facteurs qui influe indirectement sur la qualité de vie en zone sous-dense.

Les médecins âgés de 30 à 49 ans semblent avoir une moins bonne qualité de vie physique ainsi qu'une qualité de vie globale inférieure que les médecins d'autres classes d'âge (essentiellement plus âgées, les moins de 30 ans ne représentaient que 2 % des répondants). On observait aussi une amélioration significative de la qualité de vie mentale avec l'âge.

Nous pouvons supposer que cette tranche d'âge, souvent correspondant à la période d'intense activité professionnelle, de responsabilités familiales croissantes et parfois d'installation récente, est particulièrement exposée à une forme de surcharge ou de déséquilibre entre vie

professionnelle et personnelle. À l'inverse, les médecins plus âgés, généralement plus stables dans leur exercice, avec une meilleure organisation professionnelle ou une charge familiale allégée, semblent bénéficier d'un meilleur équilibre de vie et d'une plus grande sérénité psychologique.

Ces données soulignent l'intérêt de mettre en place des dispositifs de soutien spécifiques pour les médecins en milieu de carrière, notamment en matière de prévention de l'épuisement professionnel, d'aménagement du temps de travail et de conciliation entre vie privée et vie professionnelle.

Paradoxalement, les médecins les plus âgés diminuent le nombre de gardes par trimestre effectuées, mais réduisent également le nombre de semaines de congés prises chaque année. Dans le même temps, ils déclarent effectuer un plus grand nombre d'actes et travailler davantage d'heures par semaine.

Ces éléments peuvent sembler contradictoires avec l'amélioration de la qualité de vie globale et mentale observées chez les médecins plus âgés. Cependant, ils suggèrent que la qualité de vie ne dépend pas uniquement de la quantité de travail ou de repos, mais aussi de la maîtrise de l'organisation du travail, du choix personnel du rythme, et peut-être d'un engagement professionnel plus serein ou valorisant à ce stade de la carrière. Il est possible que ces médecins, bien que plus actifs, bénéficient d'une meilleure autonomie dans leur pratique et d'une plus grande satisfaction personnelle, qui compensent la charge de travail plus élevée.

Le mode d'exercice en « groupe » est significativement associé à une meilleure qualité de vie physique et globale que l'exercice « seul ». Cependant, il ne diffère pas significativement selon le zonage. Cela pourrait s'expliquer par un partage de la charge de travail, une meilleure organisation, un soutien entre confrères, ou encore une diminution du sentiment d'isolement professionnel. En revanche, ce mode d'exercice ne diffère pas significativement selon le zonage, ce qui suggère que le choix de l'exercice en groupe ou seul est probablement davantage lié à des préférences personnelles ou à des opportunités locales qu'au niveau de densité médicale.

Par ailleurs, aucune différence significative n'a été retrouvée quant au nombre de semaines de congés prises, au nombre d'heures travaillées par semaines ou encore au nombre d'actes réalisés annuellement selon le zonage. Cela tend à montrer que les conditions de travail objectives (en termes de temps de travail ou de repos) ne varient pas nécessairement entre les zones sous-denses et normo-denses, et que les différences de qualité de vie perçue relèveraient plutôt de facteurs subjectifs (ressenti d'isolement, accès aux soins, soutien social, environnement local, etc.) que de facteurs quantitatifs.

III – Limites et forces de l'étude

A – Limites de l'étude

Une des limites de cette étude concerne la population étudiée : 82% des médecins sont maîtres de stage universitaire (MSU) car les courriers électroniques ont été diffusés sur une liste de praticiens agréés MSU ; cela engendre un biais de sélection. Cependant, par effet boule de neige, certaines CPTS ont partagé le questionnaire sur une liste de diffusion qui leur était propre ce qui a permis d'augmenter le recrutement de praticiens non MSU. Une des solutions aurait été de recruter des médecins non MSU par le biais d'autres canaux de diffusion.

De plus, comme dit précédemment, 94% de la population du Pas-De-Calais et 64,2% de la population du Nord sont considérés comme zone sous-dense donc il existe un biais de sélection à ce niveau également. Dans notre étude seulement 20,9% des répondants étaient considérés comme exerçant en zone normo-dense. Il n'existe pas de méthode pour éliminer ce biais qui n'est qu'un reflet de la population actuelle, sauf à élargir le recrutement avec une méthode d'appariement.

Une part non négligeable des participants (6 %) a coché « Autre » pour la variable « statut marital ». Cette observation souligne une limite du questionnaire, à savoir l'absence d'une modalité « concubinage », qui aurait permis une classification plus précise.

Aussi, lors de l'envoi des mails, il était précisé que les médecins généralistes devaient être installés et avoir une activité libérale. Toutefois, cette condition n'était pas rappelée dans l'introduction du questionnaire, ce qui a pu entraîner un biais de recrutement par rapport aux médecins ayant une activité salariée.

L'approche quantitative retenue pour cette thèse a permis d'objectiver certaines tendances et d'analyser des données mesurables. Néanmoins, une démarche qualitative, reposant par exemple sur des entretiens individuels, aurait pu enrichir l'analyse en faisant émerger des dimensions subjectives ou des facteurs non envisagés dans le questionnaire.

B – Forces de l'étude

La qualité de vie des médecins est un enjeu essentiel pour les politiques de santé, surtout dans un contexte de désertification médicale. Nous abordons à travers cette étude des problématiques liées à l'attractivité territoriale, aux inégalités d'accès aux soins et au bien-être actuel.

D'autre part, la comparaison des scores selon le critère du zonage donne des résultats directement exploitables par les décideurs politiques.

Ensuite, l'utilisation du questionnaire WHOQoL-Bref, validé et standardisé, renforce la fiabilité et la reproductibilité de cette étude. De la même manière, l'utilisation d'une étude nationale française utilisant ce score afin d'en déterminer les seuils renforce la reproductibilité de l'étude.

Enfin, en ne se limitant pas à l'analyse d'un score global, l'analyse des sous-dimensions (physique, psychologique, sociale, environnementale), et même les sous-questions, permettait une analyse plus approfondie et rigoureuse.

C – Perspectives

Les médecins ayant participé à cette étude avaient choisi librement et de manière éclairée leur lieu d'installation. Il en ressort qu'il n'existe pas de différence de qualité de vie globale selon le lieu d'exercice, lorsque ce choix est volontaire.

Toutefois, la question du libre choix d'installation est aujourd'hui au cœur de l'actualité. En avril 2025, la proposition de loi « Garot » a été adoptée à l'Assemblée Nationale. Elle prévoit de conditionner l'installation des futurs médecins généralistes à une autorisation délivrée par l'ARS, en ciblant prioritairement les zones sous-dotées en offre de soins(36).

Cette évolution législative soulève des interrogations quant à ses conséquences sur la qualité de vie des médecins concernés. On peut en effet redouter qu'une installation contrainte n'impacte négativement leur bien-être personnel et professionnel.

CONCLUSION

Ce travail avait pour objectif d'évaluer l'existence d'une différence de qualité de vie en fonction du lieu d'exercice des médecins généralistes dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Pour répondre à cette problématique, 152 médecins généralistes ont été interrogés, dans le but d'analyser leur qualité de vie et d'identifier d'éventuels facteurs secondaires susceptibles de l'influencer.

Sur le critère de jugement principal, notre étude met en évidence que l'exercice en zone normo-dense est associé à une **meilleure qualité de vie sociale et environnementale**, sans effet notable sur les dimensions physique ou psychologique. Parmi les facteurs analysés, seule la variable « accès aux soins dont les médecins ont besoin » diffère significativement selon le zonage, en défaveur des zones sous-denses. Ce constat suggère un enjeu de santé publique important concernant la capacité des médecins à prendre soin d'eux-mêmes dans les zones moins dotées.

L'analyse des sous-composantes des relations sociales révèle une **qualité perçue inférieure des relations sociales en zone sous-dense**, mais une meilleure satisfaction concernant la vie sexuelle et le soutien amical, traduisant des styles de vie probablement différents selon les territoires.

Les médecins exerçant en zone sous-dense sont **plus jeunes et ont moins d'enfants**, sans différence marquée en termes de genre ou de statut marital. Les femmes semblent s'installer plus tardivement, possiblement en lien avec un plus grand nombre d'années de remplacement et une organisation différente autour de la parentalité.

En complément, notre étude met en évidence plusieurs facteurs secondaires influençant la qualité de vie des médecins. Les professionnels exerçant en zone sous-dense effectuent **davantage de gardes**, or un rythme de plus de trois gardes par trimestre est associé à une qualité de vie physique et sociale plus altérée. Les **médecins âgés de 30 à 49 ans présentent une qualité de vie globale et physique plus faible**, tandis que la **qualité de vie mentale s'améliore avec l'âge**, suggérant une surcharge à la période charnière de la vie professionnelle et familiale.

Paradoxalement, les **médecins plus âgés travaillent plus** (en nombre d'actes et d'heures), tout en prenant moins de congés, ce qui souligne que la qualité de vie n'est pas uniquement corrélée au volume d'activité, mais aussi à la maîtrise de son organisation et à un sentiment d'équilibre personnel.

Enfin, **l'exercice en groupe est associé à une meilleure qualité de vie physique et globale**, indépendamment du zonage. Les conditions de travail objectives (congés, heures, actes) ne varient pas selon la densité médicale, ce qui suggère que les différences perçues de qualité de vie relèvent davantage de facteurs subjectifs ou contextuels que de la charge de travail mesurable.

Cette étude présente certaines limites, notamment un biais de sélection lié à la surreprésentation des maîtres de stage universitaire et des zones sous-denses, ainsi qu'à l'absence de certaines modalités dans le questionnaire. L'approche purement quantitative a également restreint l'exploration de facteurs plus subjectifs. Toutefois, elle repose sur un échantillon pertinent et exploite un outil validé (WHOQoL-Bref), permettant une analyse fine et rigoureuse de la qualité de vie. En croisant les dimensions globales et spécifiques de celle-ci, cette étude apporte des éléments concrets pour guider les politiques de santé territoriale.

Cette étude met en lumière l'importance du libre choix d'installation dans la qualité de vie des médecins généralistes. Si aucune différence globale n'a été observée selon le lieu d'exercice lorsque celui-ci est volontaire, la récente adoption de la proposition de loi « Garot » – limitant la liberté d'installation au profit des zones sous-dotées – pose question. Il serait pertinent, dans un avenir proche, d'évaluer les impacts de cette nouvelle régulation sur la satisfaction professionnelle, la pérennité des installations, et la santé mentale des jeunes praticiens. Par ailleurs, une approche qualitative complémentaire permettrait d'enrichir ces résultats et de mieux comprendre les leviers de bien-être à l'échelle individuelle.

Selon cette étude, voici donc un portrait type simplifié d'un médecin généraliste ayant une bonne qualité de vie :

- Exerce dans une zone sous-dense ou normo-dense
- Travaille en groupe (et non cabinet seul)
- A plus de 50 ans
- Réalise moins de 3 gardes par trimestre, prend plus de 4 semaines de congés par an
- Bénéficie d'un bon accès aux soins pour lui-même
- A atteint un meilleur équilibre personnel et professionnel
- A une organisation de travail maîtrisée, même si le volume d'activité reste élevé
- Éprouve un bon soutien social et des relations sociales satisfaisantes
- Est installé de manière volontaire et non contrainte.

RÉFÉRENCES

1. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 nov 2024]. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2883073/fr/evaluation-des-technologies-de-sante-a-la-has-place-de-la-qualite-de-vie
2. Qualité de vie au travail, de quoi parle-t-on ? - ReflexQVT [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: <https://reflexqvt.anact.fr/fr/page/QVT-de-quoi-parle-t-on>
3. has_anact-10questionsqvt.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-09/has_anact-10questionsqvt.pdf
4. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2003 [cité 16 avr 2025]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732209>
5. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. 12 nov 2013;167.
6. Guedon A. Le burnout du médecin : prévalence et déterminants dans le monde. Revue de la littérature. 22 sept 2016;121.
7. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2025 [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-lacces-aux-aides-1>
8. DGOS. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 17 avr 2025]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin>
9. Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations – La France et ses territoires | Insee [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5039991?sommaire=5040030>
10. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2024 [cité 8 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-lacces-aux-aides-1>
11. Denépoux K. Le Contrat d'engagement de service public (CESP) | Le CNG [Internet]. 2022 [cité 8 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/candidats/contrat-dengagement-service-public-cesp/contrat-dengagement-service-public-cesp>
12. Les aides à l'installation [Internet]. 2024 [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/les-aides-linstallation-75>
13. Signature d'une nouvelle convention médicale entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux [Internet]. 2024 [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-06-04-cp-signature-convention-medicale>
14. DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J, DGS_Laetitia.B, DGS_Pauline.J. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 16 avr 2025]. Ma santé 2022 : un engagement collectif. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>
15. Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles.
16. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615
17. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. [cité 16 avr 2025]. Les maisons de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>
18. Consulter la carte des CPTS et projets de CPTS en Hauts de France [Internet]. [cité 9 févr 2025]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/consulter-la-carte-des-cpts-et-projets-de-cpts-en-hauts-de-france>
19. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
20. Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une

- assistante médicale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/medecins-generalistes-debut-2022-un-sur-cinq>
21. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
 22. CartoSanté - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 13 mars 2025]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=report&chapter=omni&report=r01&selgeo1=dep.59&selgeo2=depcg.62>
 23. Jean A, Galiay S. Qualité de vie au travail et bien-être mental des médecins généralistes libéraux français: une étude quantitative.
 24. Danel B. Recherche de critères associés à la qualité de vie du médecin généraliste : étude menée lors d'un week-end de formation de médecine générale dans le Nord-Pas-de-Calais [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2012 [cité 10 nov 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-3505>
 25. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019 : existe-t-il un lien ? 29 oct 2019;48.
 26. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
 27. Roux L. La qualité de vie des médecins généralistes en structures d'exercice coordonné dans les Hauts-de-France en 2021 [Internet]. Université de Lille; 2022 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-35173>
 28. Carlier M. Réévaluation de l'état de santé des médecins généralistes des Hauts-de-France en 2020 et analyse en fonction de l'exercice en désert médical [Internet]. Université de Lille; 2021 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-32851>
 29. Lefebvre Y. Comparatif de l'activité des medecins generalistes entre zones normo et sous dotées du nord pas de calais [Internet]. Université Lille 2 Droit et Santé; 2016 [cité 14 mai 2024]. Disponible sur: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-6209>
 30. Kornig C, Levet P, Ghadi V. Qualité de vie au travail et qualité des soins. 2016 juin.
 31. Tawfik DS, Scheid A, Profit J, Shanafelt T, Trockel M, Adair KC, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med*. 15 oct 2019;171(8):555-67.
 32. Hodkinson A, Anli Zhou, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 14 sept 2022;378:e070442.
 33. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv Res*. 28 juill 2014;14:325.
 34. Baumann C, Erpelding ML, Régat S, Collin JF, Briançon S. The WHOQOL-BREF questionnaire: French adult population norms for the physical health, psychological health and social relationship dimensions. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 févr 2010;58(1):33-9.
 35. La revue francophone de médecine générale [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: https://www.exercer.fr/full_article/2763
 36. Proposition de loi, n° 966 [Internet]. [cité 16 avr 2025]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117b0966_proposition-loi
 37. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev*. 1 janv 2015;15(157):34-8.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire en version imprimable

Évaluation de la qualité de vie des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais en fonction de leur lieu d'exercice professionnel.

Bonjour, je suis Dylan DEVOS, étudiant en dernière année de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la qualité de vie des médecins généralistes. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier un éventuel lien entre lieu d'exercice et qualité de vie des médecins généralistes. Il pourra également souligner d'autres associations influençant la qualité de vie des médecins généralistes.

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être médecin généraliste installé et exerçant dans le Nord ou le Pas-De-Calais.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 à 8 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 rectification. Veuillez à ne pas indiquer d'éléments permettant de vous identifier ou d'identifier une autre personne dans les champs à réponse libre. Sans cela, l'anonymat de ce questionnaire ne sera pas préservé.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse.

Merci à vous!

Je vous remercie par avance pour le temps précieux que vous voudrez bien m'accorder.

Il y a 24 questions dans ce questionnaire.

Données socio-démographiques

Ce premier groupe de questions regroupe vos données socio-démographiques.

Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire par le passé ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Le questionnaire devant n'être rempli qu'une seule fois par personne, si vous répondez oui à la question, les données ne seront pas prise en compte.

Quel est votre sexe ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [COND]' (Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire par le passé ?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Féminin
☐ Masculin

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [COND]' (Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire par le passé ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 20-29 ans
☐ 30-39 ans
☐ 40-49 ans
☐ 50-59 ans
☐ 60 ans ou plus

Quel est votre statut marital ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [COND]' (Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire par le passé ?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Célibataire
☐ Marié(e)/Pacsé(e)
☐ Veuf/veuve
☐ Autre

Avez-vous des enfants ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question ' [COND] (Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire par le passé ?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4 et plus

Données professionnelles

Ces questions regroupent des données relatives à votre pratique professionnelle.

En quelle année avez-vous été thésé ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((G01Q01.NAOK == "N"))

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

En quelle année vous-êtes vous installé ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((G01Q01.NAOK == "N"))

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Quel est votre type d'activité ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((G01Q01.NAOK == "N"))

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Libérale
- ☐ Salariée
- ☐ Mixte
- ☐ Autre

Quel est votre mode d'exercice ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((G01Q01.NAOK == "N"))

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Seul
- ☐ Cabinet médical
- ☐ Maison de santé pluriprofessionnelle
- ☐ Autre

Quel est le nom de la **ville** de votre lieu d'exercice principal ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

((G01Q01.NAOK == "N"))

Veillez écrire votre réponse ici :

Pensez-vous que votre lieu d'exercice est défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme étant une zone médicalement sous-dotée ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Les territoires médicalement sous-dotés sont regroupés par l'ARS en ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire), ZAC (Zone d'Action Complémentaire) ou en ZAR (Zone d'Accompagnement Régional).

Ils correspondent au zonage médical effectué en 2022 par l'ARS Hauts-De-France disponible sur ce site : <https://h576w8axlii7yix.arshdf.fr>.

Avez-vous signé un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) pendant votre internat ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Le CESP est un dispositif créé par le gouvernement en 2009 visant à redynamiser certains territoire, ayant pour but d'aider les internes à financer leurs études (allocation mensuelle de 1200 euros brut) en contre-partie d'une installation définie précédemment comme une zone médicale sous-dotée d'une durée égale à la durée de perception de l'allocation.

Combien de gardes réalisez-vous par trimestre ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas de garde
☐ 1 à 2 gardes
☐ 3 ou plus de gardes

Êtes-vous Maître de Stage Universitaire ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Accueillez-vous des étudiants de médecine générale du troisième cycle ? (Internes, E3C)

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Combien d'actes, en moyenne, réalisez-vous par an ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veuillez écrire votre réponse ici :

Combien de semaines de congés, en moyenne, prenez-vous par an ? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Aucune
- ☐ 1 ou 3
- ☐ 4 ou 7
- ☐ Plus de 8

Évaluation de la qualité de vie des médecins généralistes.

Ce questionnaire a pour but d'évaluer ce que vous ressentez par rapport à votre qualité de vie, votre santé ou d'autres domaines de votre vie. Veuillez répondre à toutes les questions.

Il n'a pas pour but d'être long, mais nous nous servons ici d'un questionnaire validé et standardisé afin de renforcer la force de l'étude. Il comporte 26 questions regroupées en 4 catégories. Les réponses sont sous la forme d'une échelle de Likert.

Si vous n'êtes pas sûr(e) de votre réponse à une question, veuillez choisir celle qui vous semble la plus appropriée. Il s'agit souvent de votre première idée ☺

Veuillez garder à l'esprit vos critères, vos espoirs, vos joies et vos problèmes.

Je vous demanderais de répondre aux questions en pensant à votre vie ces deux dernières semaines.

Par exemple, en pensant aux deux dernières semaines, la question pourrait être :

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
1.Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre santé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions suivantes ont pour but de déterminer dans quelle mesure vous avez ressenti certaines choses au cours des deux dernières semaines. *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Complètement
3.Dans quelle mesure la douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.Dans quelle mesure un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.Dans quelle mesure trouvez-vous la vie agréable ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.Dans quelle mesure votre vie a-t-elle un sens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
7.Dans quelle mesure êtes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.Dans quelle mesure vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.Dans quelle mesure votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 ((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Suffisamment	Tout à fait
10.Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.Dans quelle mesure avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 ((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
15.Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les questions suivantes vous demandent dans quelle mesure vous avez été content(e) ou satisfait(e) de différents aspects de votre vie ces deux dernières semaines. *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 ((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Très insatisfaisant	Insatisfaisant	Ni satisfait, ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
16.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.Dans quelle mesure avez-vous une bonne opinion de vous-même ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.Dans quelle mesure avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.Dans quelle mesure êtes-vous satisfait de vos moyens de transport ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enfin, la question suivante concerne la fréquence à laquelle vous avez ressenti ou vécu certaines choses au cours des deux dernières semaines. *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G01Q01.NAOK == "N"))

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
26.Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Je vous remercie d'avoir participé à ce questionnaire.

Si vous le désirez, vous pourrez-prendre connaissance des résultats en me contactant, une fois la thèse soutenue, à l'adresse mail suivante : dylan.devos.etu@univ-lille.fr

15/02/2025 – 23:59
Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.



RÉCÉPISSÉ
ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Qualité de vie des médecins généralistes du Nord-Pas-De-Calais en fonction de leur lieu d'exercice

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Maurice PONCHANT
Interlocuteur (s) : M. Dylan DEVOS

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous vous engagez à supprimer les adresses mails/numéros de téléphone des personnes contactées.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 28 novembre 2024

Délégué à la Protection des Données

Table 3 - Steps for checking and cleaning data and computing domain scores

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
1. Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26 (1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS). (This recodes all data outwith the range 1-5 to system missing).
2. Reverse 3 negatively phrased items	RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1). (This transforms negatively framed questions to positively framed questions)
3. Compute domain scores	COMPUTE DOM1=MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE DOM2=MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE DOM3=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE DOM4=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4. (These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The '.6' in 'mean.6' specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated).
4. Delete cases with >20% missing data	COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5). (This command creates a new column 'total'. 'Total' contains a count of the WHOQOL-100 items with the values 1-5 that have been endorsed by each subject. The 'Q1 TO Q26' means that consecutive columns from 'Q1', the first item, to 'Q26', the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment). FILTER OFF. USE ALL. SELECT IF (TOTAL>=21). EXECUTE. (This second command selects only those cases where 'total', the total number of items completed, is greater or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the data set).
5. Check domain scores	DESCRIPTIVES VARIABLES=DOM1 DOM2 DOM3 DOM4 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX. (Running descriptives should display values of all domain scores within the range 4-20).
6. Save data set	Save data set with a new file name so that the original remains intact.

Table 4 - Method for converting raw scores to transformed scores

DOMAIN 1		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

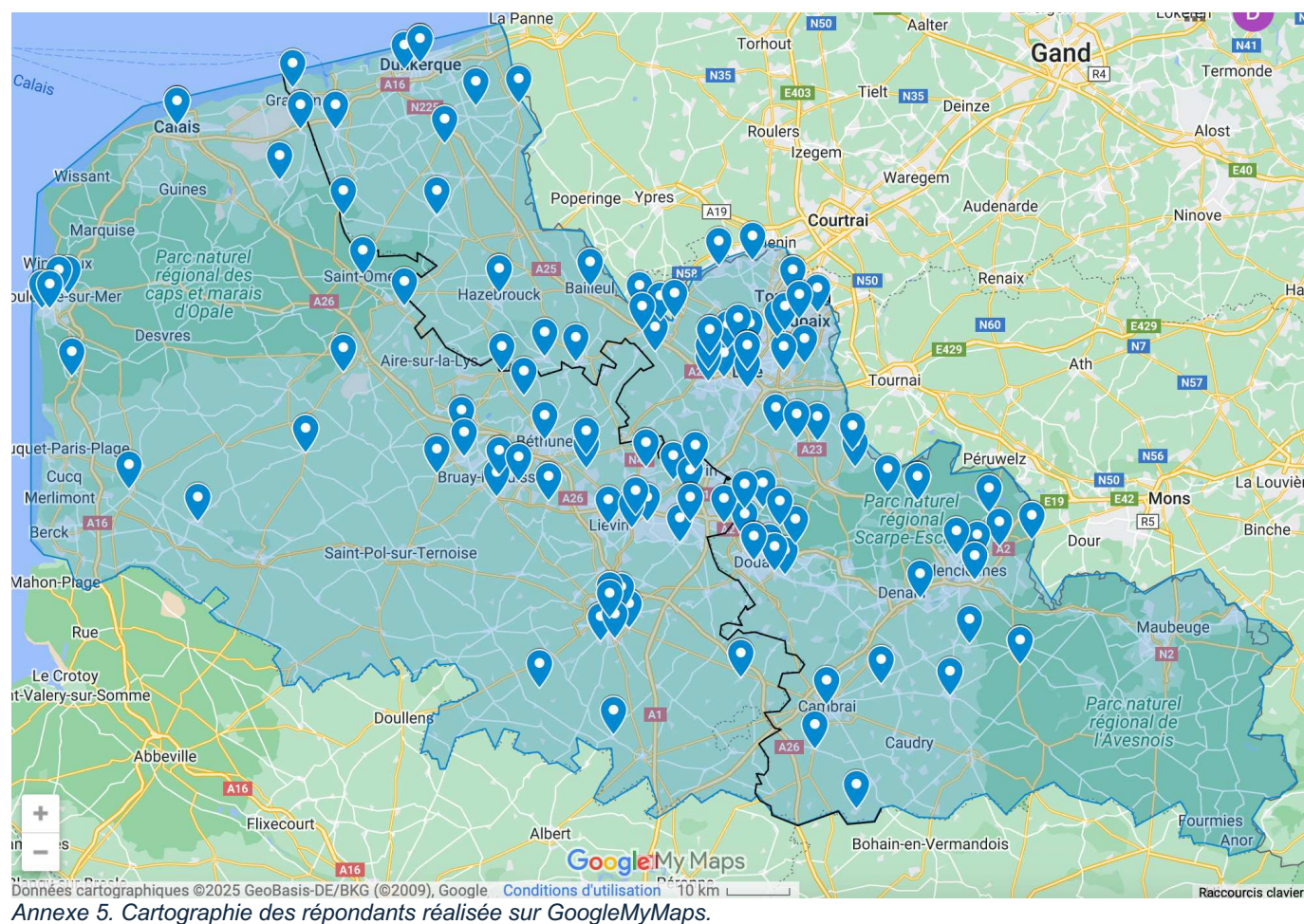
Annexe 4 : Traduction française originale de la liste de contrôle STROBE(37)

	Item N°	Recommandation	
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés	✓
		(b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé	✓
Introduction			
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question	✓
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses <i>a priori</i>	✓
Méthodes			
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document	✓
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données	✓
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants	✓
		(b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas	
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant	✓
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe	✓

Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais	✓
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	✓
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi	✓
Analyses statistiques	12	<p>(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion</p> <p>(b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions</p> <p>(c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées</p> <p>(d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités</p> <p><i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé</p> <p><i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage</p> <p>(e) Décrire toutes les analyses de sensibilité</p>	✓
Résultats			
Population	13*	<p>(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés</p> <p>(b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape</p> <p>(c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux</p>	✓
Données descriptives	14*	<p>(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels</p> <p>(b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt</p> <p>(c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)</p>	✓

Données obtenues	15*	<p><i>Étude de cohorte</i> – Rapporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps</p> <p><i>Étude cas-témoin</i> – Reporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés</p> <p><i>Étude transversale</i> – Reporter le nombre d'évènements survenus ou les indicateurs mesurés</p>	✓
Principaux résultats	16	<p>(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus</p> <p>(b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées</p> <p>(c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable</p>	✓
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées – par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité	✓
Discussion			
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude	✓
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel	✓
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent	✓
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude	✓
Autre information			
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté	

Annexe 5 : Cartographie des répondants effectuée sur le site GoogleMyMaps.



Annexe 6 : Tableau des principales p -values entre caractéristiques sociodémographiques, activité professionnelle et zone d'installation.

Variables	Genre	Âge moyen	Zone sous-dense ou non	Mode d'exercice (seul ou groupe)	Nbre gardes par trimestre	Nbre de semaines de congés par an	Nombre d'heures par semaine
Zone sous-dense ou non	$p > 0,05$	$p = 0,025$ ZSD<ZND					
Mode d'exercice (seul ou groupe)	$p > 0,05$	$p = 0,012$ Seul>Groupe	$p > 0,05$				
Nombre de gardes par trimestre	$p > 0,05$	$p < 0,05$ Corrélation négative	$p = 0,03$ ZSD>ZND	$p > 0,05$			
Nombre de semaines de congés par an	$p > 0,05$	$p = 0,02$ Corrélation négative	$p > 0,05$	$p = 0,03$ Groupe>Seul	$p > 0,05$		
Nombre d'heures par semaine	$p = 0,014$ F<H	$p < 0,001$ Corrélation positive	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	
Nombre d'actes par an	$p = 0,03$ F<H	$p = 0,003$ Corrélation positive	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p = 0,004$ Corrélation positive

Annexe 6. Tableau de contingence des principales p -values. En vert : significatif. En rouge : non significatif.

Annexe 7 : Tableau des principales p-values des tests statistiques effectués entre les différents scores et classes de qualité de vie et les principales données socio-démographiques ainsi que l'exercice professionnel.

Variables	Genre	Statut Marital	Nombre d' enfants	Âge moyen	Département (59/62)	Zone sous-dense ou non	Nombre années entre thèse et installation	Mode d' exercice (seul ou groupe)	Nbre gardes par trimestre	Nbre de semaines de congés par an	Nombre d' heures par semaine	Nombre d' actes par an
Santé Physique /100	> 0,05	> 0,05	> 0,05	>0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,005	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
QDV Physique	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,017	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,007	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Santé Mentale / 100	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,009	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
QDV Mentale	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,023	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Relations Sociales /100	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,047	> 0,05	= 0,029	> 0,05	> 0,05	> 0,05
QDV Sociale	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,011	= 0,031	> 0,05	> 0,05	= 0,025	> 0,05	> 0,05
Environnement /100	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,043	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,003	> 0,05
Score Global / 100	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,034	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
QDV Globale	> 0,05	> 0,05	> 0,05	= 0,02	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Annexe 7. p-values des tests statistiques effectués entre les différents scores et classes de qualité de vie et les principales données socio-démographiques et l'exercice professionnel. En vert : significatif. En rouge : non significatif.

AUTEUR : Nom : DEVOS

Prénom : Dylan

Date de soutenance : 27 juin 2025

Titre de la thèse : Qualité de vie des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais en fonction de leur lieu d'exercice

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Qualité de vie ; Médecine générale ; Démographie médicale ; Zones sous-denses ; Santé au travail

Résumé :

Contexte : La qualité de vie des médecins généralistes est une donnée essentielle à prendre en compte dans un contexte de désertification médicale croissante. Elle joue un rôle dans l'attractivité de certaines zones, la pérennité de l'installation et la santé des soignants eux-mêmes.

Objectif : Évaluer si la qualité de vie des médecins généralistes diffère selon leur lieu d'exercice (zone sous-dense ou normo-dense) dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

Méthode : Une étude quantitative, basée sur le questionnaire validé WHOQoL-Bref, a été menée auprès de 152 médecins généralistes installés. L'analyse a porté sur les quatre domaines de la qualité de vie (physique, psychologique, sociale, environnementale), ainsi que sur plusieurs variables secondaires.

Résultats : Il n'existe pas de différence significative de qualité de vie globale entre les zones sous-denses et normo-denses. Cependant, les médecins exerçant en zone normo-dense déclarent une qualité de vie sociale et environnementale supérieure, notamment concernant l'accès aux soins personnels. En zone sous-dense, la qualité des relations sociales est moindre, mais la satisfaction concernant la vie sexuelle et le soutien amical est plus élevée. Des différences apparaissent aussi selon l'âge et le mode d'exercice : les médecins de 30 à 49 ans présentent une qualité de vie inférieure, tandis que les médecins plus âgés, bien que plus actifs, déclarent une meilleure qualité de vie. L'exercice en groupe est associé à une qualité de vie physique et globale meilleure que l'exercice seul.

Conclusion : La qualité de vie perçue semble moins liée aux conditions objectives de travail qu'à des facteurs subjectifs ou organisationnels. Ces résultats questionnent les effets potentiels des politiques de régulation de l'installation, telles que la loi Garot récemment adoptée, sur le bien-être futur des médecins généralistes.

Composition du Jury :

Président : Professeure Florence RICHARD

Assesseeurs : Docteur Charles CAUET

Directeur de thèse : Docteur Maurice PONCHANT