

UNIVERSITE DE LORRAINE
2024

FACULTE DE MEDECINE, MAÏEUTIQUE ET
METIERS DE LA SANTE A NANCY

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Yasine JARI

Le 05 SEPTEMBRE 2024

Estimer la qualité de vie des médecins généralistes libéraux en France

Membre du Jury :

Monsieur le Professeur BAUMANN Cédric

Président du Jury

Monsieur le Professeur BOUCHY Olivier

Juge

Monsieur le Dr VAUTHIER Jean-Charles

Juge

Madame le Dr MONTERAGIONI Caroline

Juge et Directrice



Présidente de l'Université de Lorraine :
Mme Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé
Pr Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN, Dr Simon VALENTIN
- *Troisième cycle hors MG* : Pre Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Pre Eliane ALBUISSON, Pre Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pre Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Mathieu KUCHENBUCH
- *ECOS* : Pr Patrice GALLET, Dre Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire* : Pre Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Dr Jonathan EPSTEIN, Dre Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pre Nicla SETTEMBRE, Pre Fabienne ROUYER-LIGIER, Pr Pablo MAUREIRA
- *Etudiant* : Chloé HARDT

Chargé de mission

- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pre Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

=====

DOYENS HONORAIRES

Pr Jacques ROLAND - Pr Patrick NETTER - Pr Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Dominique DE KOWIN KROKOWSKI - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Jacques HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Claude MEISTELMAN - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc OLIVIER - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Nicolas SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Serge BRACARD - Serge BRIANÇON - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN

Jacques HUBERT - Gilles KARCHER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Yves MARTINET - Claude MEISTELMAN
-
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - François PLENAT - Michel SCHMITT - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Pr Marc BRAUN - Pre Manuela PEREZ

2° sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique

Pr Christo CHRISTOV

3° sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques

Pr Guillaume GAUCHOTTE - Pr Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : Biophysique et médecine nucléaire

Pr Pierre-Yves MARIE – Pr Pierre OLIVIER - Pr Antoine VERGER

2° sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Pr René ANXIONNAT - Pr Alain BLUM - Pre Valérie CROISÉ - Pr Jacques FELBLINGER - Pr Benjamin GORY -
Pr Damien MANDRY - Pr Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Pr Jean-Louis GUEANT - Pr David MEYRE - Pr Bernard NAMOUR - Pr Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : Physiologie

Pr Christian BEYAERT - Pr Bruno CHENUÉL - Pr Jacques JONAS - Pr Mathias POUSSEL

3° sous-section : Biologie cellulaire

Pre Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : Nutrition

Pr Didier QUILLIOT - Pre Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Pr Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière

Pr Alain LOZNIÉWSKI – Pre Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : Parasitologie et Mycologie

Pre Anne DEBOURGOGNE

3° sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Pr Christian RABAUD – Pre Céline PULCINI

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Pre Nelly AGRINIER - Pr Francis GUILLEMIN - Pr Cédric BAUMANN

4° sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication

Pre Eliane ALBUISSON - Pr Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : Hématologie ; transfusion

Pr Pierre FEUGIER - Pr Thomas LECOMPTE - Pr Julien BROSEUS - Pre Maud D'AVENI-PINEY

2° sous-section : Cancérologie ; radiothérapie

Pr Frédéric MARCHAL - Pr Didier PEIFFERT

3° sous-section : Immunologie

Pr Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Pre Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : Génétique

Pr Philippe JONVEAUX

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

Pr Gérard AUDIBERT - Pr Hervé BOUAZIZ - Pr Thomas FUCHS-BUDER

Pre Marie-Reine LOSSER - Pr Philippe GUERCI

2° sous-section : Médecine intensive-réanimation

Pr Sébastien GIBOT - Pr Bruno LÉVY - Pr Antoine KIMMOUN

3° sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Pr Pierre GILLET - Pr Jean-Yves JOUZEAU

4° sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie

Pr Nicolas GIRERD

5° sous-section : Médecine d'urgence

Pr Tahar CHOUIHED

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : Neurologie

Pr Marc DEBOUVERIE - Pr Louis MAILLARD - Pr Sébastien RICHARD - Pr Luc TAILLANDIER - Pre Louise TYVAERT

2° sous-section : Neurochirurgie

Pr Thierry CIVIT - Pre Sophie COLNAT-COULBOIS - Pr Olivier KLEIN

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Pr Vincent LAPREVOTE - Pr Raymund SCHWAN - Pr Thomas SCHWITZER - Pre Coraline HINGRAY

4° sous-section : Pédo-psychiatrie ; addictologie

Pr Bernard KABUTH - Pre Fabienne ROUYER-LIGIER

5° sous-section : Médecine physique et de réadaptation

Pr Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : Rhumatologie

Pre Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Pr Damien LOEUILLE

2° sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique

Pr Laurent GALOIS - Pr Didier MAINARD - Pr François SIRVEAUX - Pr Lionel ATHLANI

3° sous-section : Dermato-vénéréologie

Pre Anne-Claire BURSZTEJN

4° sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie

Pr François DAP - Pr Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : Pneumologie ; addictologie

Pr Jean-François CHABOT - Pr Ari CHAOUAT

2° sous-section : Cardiologie

Pr Edoardo CAMENZIND - Pr Christian de CHILLOU DE CHURET – Pr Olivier HUTTIN - Pr Batric POPOVIC

3° sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Pr Juan-Pablo MAUREIRA - Pr Stéphane RENAUD

4° sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Pr Sergueï MALIKOV - Pr Denis WAHL – Pr Stéphane ZUILY - Pre Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Pr Jean-Pierre BRONOWICKI - Pr Laurent PEYRIN-BIROULET

2° sous-section : Chirurgie viscérale et digestive

Pr Ahmet AYAV - Pr Laurent BRUNAUD – Pre Adeline GERMAIN

3° sous-section : Néphrologie

Pr Luc FRIMAT - Pr Adrien FLAHAULT

4° sous-section : Urologie

Pr Pascal ESCHWEGE

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

Pr Athanase BENETOS - Pre Gisèle KANNY - Pre Christine PERRET-GUILLAUME – Pr Roland JAUSSAUD – Pre Laure JOLY

3° sous-section : Médecine générale

Pr Jean-Marc BOIVIN - Pr Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : Pédiatrie

Pr Pascal CHASTAGNER - Pr François FEILLET - Pr Jean-Michel HASCOET - Pr Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : Chirurgie infantile

Pr Pierre JOURNEAU - Pr Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Pr Philippe JUDLIN - Pr Olivier MOREL

4° sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

Pr Bruno GUERCI - Pr Marc KLEIN - Pr Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : Oto-rhino-laryngologie

Pr Roger JANKOWSKI - Pre Cécile PARIETTI-WINKLER - Pre Cécile RUMEAU - Pr Patrice GALLET

2° sous-section : Ophtalmologie

Pre Karine ANGIOI - Pr Jean-Paul BERROD – Pr Jean-Baptiste CONART

3° sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Pre Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Pr Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Pre Sandrine BOSCHI-MULLER - Pr Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Pre Céline HUSELSTEIN - Pre Natalia DE ISLA-MARTINEZ

66° Section : PHYSIOLOGIE

Pr Nguyen TRAN

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : Médecine générale

Pre associée Sophie SIEGRIST - Pr associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : Anatomie

Dr Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

2° sous-section : Radiologie et imagerie médicale

Dr François ZHU (stagiaire)

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : Biochimie et biologie moléculaire

Dre Shyue-Fang BATTAGLIA - Dre Sophie FREMONT - Dre Isabelle GASTIN - Dre Catherine MALAPLATE - Dr Marc MERTEN

2° sous-section : Physiologie

Dre Iulia-Cristina IOAN - Dr Edem ALLADO (stagiaire)

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière

Dre Corentine ALAUZET - Dre Hélène JEULIN - Dre Véronique VENARD - Dr Cédric HARTARD (stagiaire)

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Dre Frédérique CLAUDOT - Dr Arnaud FLORENTIN - Dr Jonathan EPSTEIN – Dr Abdou OMOROU

2° sous-section Médecine et Santé au Travail

Dre Isabelle THAON

3° sous-section *Médecine légale et droit de la Santé*

Dre Elodie MARCHAND (stagiaire)

4° sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Dre Aurélie BANNAY

47° Section : *CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE*

2° sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*

Dre Lina BOLOTINE

3° sous-section : *Immunologie*

Dre Alice AARNINK

4° sous-section : *Génétique*

Dre Céline BONNET - Dre Mathilde RENAUD

48° Section : *ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE*

3° sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*

Dr Nicolas GAMBIER - Dr Julien SCALA-BERTOLA - Dre Élise PAPE

5° sous-section : *Médecine d'urgence*

Dr Déborah JAEGER (stagiaire)

49° Section : *PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION*

1° sous-section : *Neurologie*

Dr Guillaume MATHEY (stagiaire)

2° sous-section : *Neurochirurgie*

Dr Fabien RECH

50° Section : *PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE*

4° sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*

Dre Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : *PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE*

3° sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*

Dr Fabrice VANHUYSE - Dr Joseph SEITLINGER (stagiaire)

4° sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*

Dre Virginie DUFROST (stagiaire)

52° Section : *MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE*

1° sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*

Dr Bénédicte CARON (stagiaire)

54° Section : *DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION*

1° sous-section : *Pédiatrie*

Dre Cécile POCHON – Dr Amandine DIVARET-CHAUVEAU - Dr Mathieu KUCHENBUCH (stagiaire)

3° sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*

Dr Charline BERTHOLDT

4° sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*

Dre Eva FEIGERLOVA

5° sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*

Dr Mikaël AGOPIANTZ

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : *SCIENCES ÉCONOMIQUES*

M. Vincent LHUILLIER

63° Section : *GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES*

Mme Pauline SOULET LEFEBVRE

64° Section : *BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE*

Mme Marie-Claire LANHERS - M. Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mme Nathalie AUCHET - Mme Rümeyza BASCETIN - M. Simon TOUPANCE - Mme Selma BEN FRADJ

69° Section : NEUROSCIENCES

Mme Sylvie MULTON

Section 70 : SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION

Mme Silvia ROSSI

90° Section : MAÏEUTIQUE

Mme Gaëlle AMBROISE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53° Section, 3° sous-section : (*Médecine générale*)

Dr Antoine CANTON - Dr Jean-Charles VAUTHIER - Dr Boris GASS

Remerciements

A notre Maître et Président de Jury,

Monsieur le Professeur Cédric Baumann,

Professeur des Universités – praticien hospitalier de Santé publique, Environnement et Société

Je vous remercie du temps que vous avez pu me consacrer et de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette thèse.

Veillez recevoir ici l'expression de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Olivier Bouchy

Professeur associé de Médecine Générale, médecin généraliste,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet et d'avoir accepté de faire partie des membres de ce jury.

Veillez trouver ici mon plus grand respect et ma reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Docteur Jean-Charles Vauthier,

Maitre de conférences associé de Médecine Générale, médecin généraliste,

Je suis reconnaissant de l'intérêt que vous avez pu porter à ce travail et par votre présence dans ce jury.

Veillez recevoir ici le témoignage de toute ma considération.

A notre Maître, Juge et Directrice de thèse,

Madame le Docteur Caroline Monteragioni,

Cheffe de Clinique des Universités de Médecine Générale de Nancy, médecin généraliste,

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé, votre écoute et vos précieux conseils.

Que ce travail soit le témoignage de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A mes amis,

James, Franck, Antoine, Iliasse et tous les autres. Merci pour tous ces magnifiques moments partagés à vos côtés
A tous ces voyages et ces souvenirs plein la tête,
A nos prochaines retrouvailles,

A ma famille,

Mes parents, Hayed et Mohammed, vous m'avez toujours apporté amour et soutien et cela dès mon plus jeune âge.
Vous nous avez offert tout ce que vous pouviez avec le peu que vous aviez, donc je vous remercie infiniment.
Je vous serai éternellement reconnaissant pour tout ce que vous m'avez apporté.

Ma sœur, Amelle, tu as été présente une grande partie de mon parcours universitaire. Tu as été d'un grand soutien pendant toutes ces années et je t'en remercie.
J'espère que l'avenir sera plus radieux.

Mon petit frère, Ralid, un modèle de persévérance, bientôt tu seras médecin à ton tour !
Je suis fier de l'homme que tu es devenue, tu en inspireras plus d'un.
Tu pourras toujours compter sur moi, quoi qu'il arrive.

A toi ma femme, Lisa,

Sans ton soutien infaillible, ta patience et ton amour inconditionnel, ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Ton dévouement et ta patience m'ont permis de traverser chaque instant de cette longue période. Tu as toujours été à mes côtés, en m'accordant ta confiance lorsque le doute s'installait et en me motivant à poursuivre mes efforts.
Sans ton aide précieuse, je n'y serais très certainement pas arrivé.

Je suis profondément reconnaissant pour toutes ces fois où tu as mis de côté tes propres besoins pour m'accompagner. Ton encouragement quotidien et ta compréhension ont été des sources inestimables de motivation afin d'avancer chaque jour vers l'aboutissement de ce travail. Chaque petit geste, chaque mot d'encouragement a compté plus que tu ne peux l'imaginer.

Cette thèse est le reflet non seulement de mon travail, mais aussi de ton amour, de ton dévouement et de ton sacrifice.
Tu es ma force, mon inspiration et mon plus grand soutien.
Je t'aime plus que les mots ne puissent l'exprimer et je te suis éternellement reconnaissant.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ;

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Table des matières

Avant -propos :	17
I. La médecine générale en France, un peu d'histoire.	17
II. Diminution de l'offre de soin en France et nouvelle possibilité d'exercice	18
1. Les déserts médicaux	18
2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles.....	19
III. L'état de santé des médecins généralistes français.	20
IV. La notion de qualité de vie.	22
1. Définition, origine	22
2. Les différents domaines de qualité de vie.....	22
3. Les mesures de qualité de vie.	23
4. La qualité de vie des médecins généralistes	25
Introduction	26
I. La place du médecin généraliste dans le système de soins.	26
II. Les différents modes d'exercices.	26
III. La densité médicale : Définition, évolution et déserts médicaux.	27
IV. Les moyens de lutter contre les déserts médicaux.	28
V. Qualité de vie : définitions, mesures	28
Matériels et méthodes	30
I. Type d'étude	30
II. Population, échantillonnage.	30
III. Déroulement de l'étude.	30
IV. Analyse statistique	32
V. Aspects éthiques et réglementaires.	32
Résultats	33
I. Description de la population	33
II. Les scores de qualité de vie	34
III. Résultats détaillés	36
Profil de santé de Duke :	36
Score de Karasek :	41
Discussion	44
I. Interprétation des résultats.	44
II. Limites et biais	48
III. Perspectives :	49
Conclusion	50
Bibliographie	51
Annexes	55

Avant-propos :

I. La médecine générale en France, un peu d'histoire.

Le 8 août 1793 l'ensemble des académies françaises est supprimé. C'est par un décret datant du 15 septembre 1793 que les facultés de médecine sont fermées, ouvrant la voie au charlatanisme et aux guérisseurs. Cette période a duré 10 ans et a été marquée par la recrudescence de certaines épidémies. (1) (2,3)

C'est ainsi qu'en 1803, un diplôme officiel est à nouveau instauré. (4)

A cette époque une distinction a été établie entre les médecins, qui devaient suivre quatre années d'études, et les officiers de santé, dont la formation ne durait que trois ans.

Les officiers de santé exerçaient principalement en milieu rural et renvoyaient les cas complexes aux médecins exerçant en ville.

Le 30 novembre 1892, la loi Chevandier a mis fin à la profession d'officier de santé, autorisant ainsi uniquement les médecins à exercer la médecine. (5)

La charte de la médecine libérale de 1927 demeure encore aujourd'hui l'un des piliers fondateurs de la médecine générale libérale, énonçant cinq grands principes : (1) (6)

- La liberté de choix du médecin par le malade.
- La liberté de prescription.
- Le respect du secret médical.
- Le contrôle des malades par les caisses d'assurances sociale.
- La liberté tarifaire, bien que cette dernière ait été annulée par les ordonnances du 19 octobre 1945.

C'est en 1960, avec le décret Bacon, que sont instaurés les principes de tarifs opposables entre l'assurance maladie et les médecins libéraux.(7)

Par la suite, en 1971 la première convention médicale a été signée entre les médecins et l'assurance maladie. (8)

Les ordonnances Debré de 1958 marquent un tournant dans le système de santé Français. Ces ordonnances favorisent la création des centre hospitalo-universitaire (CHU) et ont promu la vision hospitalo-centrée du système de santé en France. (9)

Le 23 décembre 1982 le certificat d'étude spécialisé (CES) permettant à tout médecin d'orienter sa pratique médicale vers une spécialité est supprimé. Dans la foulée, le gouvernement créé le concours de l'internat et les diplômes d'études spécialisés (DES).

Cette mesure a contribué à accentuer l'inégalité perçue entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Pendant de nombreuses années, la médecine générale n'a pas été clairement définie.

Ce n'est qu'à la fin du XXe siècle que la médecine générale s'est peu à peu définie et a fini par se frayer un chemin dans le système de santé français hospitalo-centré.

En effet, en 1983 le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) voit le jour.

Le but du CNGE est de promouvoir la médecine générale comme une discipline scientifique au niveau universitaire.

Le CNGE et le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) ont œuvré pour la création du stage ambulatoire de médecine générale qui a été introduit en 1997, suivi du stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) en 2003. (10) (11)

Le 16 janvier 2004, sous l'impulsion du CNGE, la médecine générale a finalement été reconnue comme une spécialité à part entière, au même titre que les autres spécialités par le biais de la création d'un diplôme d'étude spécialisé (DES) de médecine générale.

Il est à noter que la première convention médicale spécifique pour la médecine générale n'a été signée qu'en 1997.

II. Diminution de l'offre de soin en France et nouvelle possibilité d'exercice

1. Les déserts médicaux

En France, une diminution progressive de l'offre de soins est observée, principalement due à la réduction du nombre de médecins généralistes et à l'augmentation de la population dans le même temps.

La densité médicale est en baisse dans la majorité du territoire avec des disparités plus ou moins importantes en fonction des départements et des zones urbaines/rurales.

On observe également l'apparition d'un gradient Nord/Sud avec des régions Sud mieux pourvues en médecin généraliste.

Selon les données du CNOM, on recense 94 186 médecins généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2010, contre 82 858 au 1^{er} janvier 2023.

Cette statistique révèle une baisse de 16,9% depuis 2010. (12)

A noter que le CNOM considère les actifs réguliers comme l'ensemble des médecins ayant une activité pleine.

Cela exclut par conséquent les médecins remplaçants et les retraités actifs.

Cette baisse significative des médecins généralistes est l'un des facteurs contribuant à la formation des déserts médicaux en France. (13)

Selon le ministère de la Santé et de la Prévention, un désert médical désigne « une zone géographique dans laquelle il est très difficile, voire impossible, de se faire soigner par un professionnel de santé en raison de l'absence de médecins à proximité. Cette situation traduit une inégalité territoriale dans l'accès aux soins et peut s'avérer dangereuse pour la santé des populations locales. »

En réalité, il serait plus approprié de parler de zone « sous-dense », caractérisée par une offre de soins nettement inférieure à la demande.

Un indicateur a alors été créé en 2012 afin de définir les déserts médicaux.

Il s'agit de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). C'est un score désignant le nombre de consultations par an et par habitant et qui permet de se rendre compte de l'accessibilité de la population à une offre médicale dans un territoire donné.

Cet indicateur est calculé chaque année pour chaque commune par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).

Un score inférieur à 2,5 désigne une offre de soin insuffisante alors qu'un score supérieur à 4 désigne une zone bien dotée en offre de soin. (13,14)

Au cours des décennies précédentes, le nombre de territoires qualifiés de désert médical n'a cessé d'augmenter(12) (13),résultant de l'accumulation de plusieurs facteurs au fil du temps. Parmi les facteurs, on retrouve la baisse du nombre de médecins généralistes, liée à la mise en place du numerus clausus de 1971, la demande de soins en hausse, la non-attractivité des zones rurales ou encore, la baisse du temps de travail des médecins notamment par la féminisation de la profession et la recherche d'une meilleure qualité de vie (13).

Selon un rapport d'information du Sénat datant du 29 mars 2022, 30 % de la population française vivrait dans un désert médical. Chaque année 1,6 millions de Français renonceraient à des soins médicaux, tandis que 45% des médecins généralistes se trouveraient en situation de burn-out (15).

Ce même rapport indique que le nombre de médecins généralistes a diminué d'1% par an en moyenne entre 2017 et 2021.

Afin d'améliorer les conditions de travail des médecins généralistes français et notamment de permettre un exercice regroupé, l'Etat a permis à ces derniers d'exercer au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle en 2007.

2. Les maisons de santé pluriprofessionnelles

Une MSP (Maison de Santé Pluriprofessionnelle) est une structure de soins regroupant plusieurs professionnels de santé, ayant un projet de santé commun (16).

Des structures similaires existent depuis de nombreuses années dans plusieurs pays, notamment de l'OCDE (17).

En France, la possibilité de créer et d'exercer au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a été introduite par la loi de financement de la sécurité sociale en 2007, actualisée en 2009 (18).

La création des MSP a connu une croissance progressive et commence à modifier le regard que portent les jeunes médecins sur l'exercice de leur métier.

Le dernier décompte datant de mars 2023 dénombre 2251 MSP dans le pays.

De plus, selon les données de la DREES, 4 médecins sur 10 travaillent au sein d'un cabinet pluriprofessionnel et 1 médecin sur 6 exerce au sein d'une MSP. (19)

Lors de la création d'une MSP, il est possible d'obtenir des subventions de l'Etat. Pour ce faire, quatre conditions doivent être remplies :

- 1) L'équipe qui se forme autour du projet doit obligatoirement comprendre deux médecins généralistes et un professionnel paramédical.
- 2) Un projet de santé commun à l'ensemble de l'équipe doit être élaboré et partagé par tous les membres. Ce projet doit être en accord avec les besoins définis par l'Agence Régionale de Santé.
- 3) La structure juridique de la MSP est laissée au choix des professionnels de santé, mais il est vivement recommandé d'opter pour une SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). En effet, c'est la seule forme juridique qui permet à la MSP de bénéficier de subventions de l'assurance maladie. La SISA permet également à chaque professionnel de santé d'exercer son métier en son nom propre au sein de la MSP.
- 4) Le système d'information de la MSP doit être partagé par l'ensemble de l'équipe et validé par l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés en Santé (ASIP-Santé).

Pour l'Etat, les objectifs de création et d'expansion du nombre de MSP sont triples (20).

Tout d'abord, l'objectif premier est de lutter contre les déserts médicaux en renforçant l'accès aux soins primaires.

L'idée est de faciliter l'installation des jeunes médecins, en leur offrant la possibilité d'un exercice pluriprofessionnel et d'un soutien financier à l'investissement immobilier.

Le second objectif vise à répondre à la fragmentation de l'offre de soins dans le but d'améliorer la qualité et la continuité des soins entre les professionnels pour un même patient.

C'est pourquoi un projet de santé commun est créé entre les professionnels de santé de la MSP.

Pour finir, le troisième objectif s'inscrit dans un contexte plus global de transformation du système de santé français, passant d'un système orienté vers les soins aigus à un système orienté vers la prévention.

En effet, depuis la mise en place du système de santé en France, les soins primaires sont principalement axés sur le traitement des maladies aiguës, contrairement à d'autres pays Européens.

Aujourd'hui, et à l'avenir avec le soutien notamment des autorités, l'offre de soins évolue vers une prise en charge qui intègre prévention, éducation thérapeutique et prise en charge sociale dans un territoire donné.

III. L'état de santé des médecins généralistes français.

L'évaluation de l'état de santé des médecins généralistes en France a fait l'objet de nombreuses études.

Par ailleurs, on peut aisément supposer que l'état de santé de ces derniers et son amélioration ne peut avoir qu'un effet bénéfique sur le système de santé.

On distingue l'état de santé physique et l'état de santé psychique d'un individu pour plus de facilité, chacun ayant son importance dans l'état de santé globale d'une personne.

L'état physique des médecins généralistes :

Une première étude réalisée en 2010 par la DREES, a permis d'évaluer l'état de santé des médecins généralistes dans 5 régions (Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, PACA, Pays de la Loire) (21).

D'après cette étude, 79% des répondants se déclaraient en bonne santé.

A titre de comparaison, les cadres estiment être en meilleure santé que les médecins généralistes, surtout en vieillissant.

Par exemple, 74% des médecins généralistes âgés de 55 à 66 ans pensent être en bonne santé, contre 86% des cadres du même âge.

Par ailleurs, un médecin sur trois déclarait avoir une pathologie chronique.

Selon une seconde étude plus globale sur l'état de santé des médecins en France réalisée par le CNOM en 2018, la proportion de médecin se disant en bonne santé serait relativement similaire à l'étude de la DREES de 2010 (22).

En effet, 70,2 % des médecins généralistes estiment être en bonne, voire, en excellente santé selon ce rapport.

Enfin, une troisième étude plus récente réalisée en novembre 2022 par Audrey CATTEAU dans la région des Hauts de France, a permis de recueillir différentes données sur l'état physique des médecins généralistes (23).

82% des médecins estimaient avoir un bon état de santé. Cependant, cette proportion diminue fortement après l'âge de 50 ans où 59% d'entre eux estiment avoir un mauvais état de santé.

D'après cette même étude, 33% des médecins déclaraient avoir une pathologie chronique.

Ces données plus récentes sont relativement similaires à celles fournies par la DREES en 2010 et par le CNOM en 2018.

L'état psychique des médecins généralistes :

L'étude de la DREES réalisée en 2010 montre que 20% des femmes médecins étaient en situation de détresse psychologique contre 10% des hommes de 45 à 54 ans.

L'état psychique semble être un véritable sujet sur la sensation de mal être ou non au travail.

La thèse d'Audrey CATTEAU démontre que l'état psychique est un point important de l'état de santé des médecins généralistes.

En effet, elle explique que 64% des répondants se disent stressés et 81% des médecins libéraux exclusifs se sentent fatigués. Seuls 8,9% disent n'avoir aucun symptôme psychique.

Parmi l'ensemble des répondants, 20% ont consulté un psychologue ou un psychiatre afin d'essayer d'y pallier.

Enfin, 53 % des répondants ont toujours autant de plaisir à pratiquer la médecine, principalement chez les médecins de moins de 50 ans.

Après 50 ans, on note une baisse du plaisir de travailler avec seulement 38% des médecins qui déclarent prendre autant de plaisir qu'auparavant.

L'ensemble de ces données interpelle.

L'état de santé des médecins généralistes est d'une importance capitale pour le bon fonctionnement du système de santé en France.

De manière plus globale, il serait intéressant de se pencher plus spécifiquement sur la qualité de vie des médecins généralistes afin d'évaluer de manière plus concrète leur état de santé.

IV. La notion de qualité de vie.

1. Définition, origine

La qualité de vie est une notion relativement récente.

Les prémices de la notion de qualité de vie se font par des courants philosophiques. (24)

Dès l'antiquité, certains philosophes font allusion à cette notion. On parle alors de « bonne vie » notamment dans les œuvres de Platon ou Aristote.

Ces deux courants philosophiques ont façonné la notion de qualité de vie apparue au XXe siècle.

En effet, selon l'OMS dans sa constitution de 1948, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (25).

La notion de qualité de vie est extrêmement large et ne se limite pas à un seul domaine. Elle est constituée de plusieurs domaines et peut-être évaluée par le biais de différents outils.

2. Les différents domaines de qualité de vie

La qualité de vie est une notion variable d'un individu à un autre. Elle peut être liée à la relation qu'éprouve un individu entre sa vie actuelle et son idéal de vie.

Une multitude de facteurs va entrer en jeu dans l'évaluation de la qualité de vie d'un individu (26).

Du concept de qualité de vie a découlé celui de qualité de vie liée à la santé et d'autres par la suite, comme la qualité de vie au travail.

La qualité de vie au travail, qui nous intéresse particulièrement, a été définie comme « l'existence d'un cercle vertueux entre plusieurs dimensions directement ou indirectement liées à l'activité professionnelle : relations sociales et de travail, contenu du travail, environnement physique, organisation du travail, possibilité de réalisation et de développement personnel, conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle. » (27)

Les mesures de qualité de vie englobent des dimensions physiques, mentales et sociales de la santé.

3. Les mesures de qualité de vie.

Les mesures de qualité de vie font partie d'une famille d'indicateurs récents que l'on nomme les PRO (Patient Reported Outcomes).

Selon la Food and Drug Administration aux Etats-Unis, ils recouvrent « une ou plusieurs caractéristiques de l'état de santé du patient exprimées directement par lui-même (autrement dit sans l'interprétation de la réponse du patient par un médecin ou quelqu'un d'autre)» (28).

La mesure de qualité de vie va donc faire appel à des critères subjectifs.

Elle peut être appréciée via un entretien psychologique, on parlera alors d'évaluation qualitative ou, via des outils psychométriques où l'on parlera d'évaluation quantitative. (29)

C'est cette dernière qui nous intéresse.

Elle ne peut se faire que par l'individu lui-même, le plus souvent par un auto-questionnaire standardisé. Les plus utilisés sont les suivants : SF-36, WHOQOL, SF-12, DUKE Health Profil (30). Ces outils ne permettent pas un recueil exhaustif des différentes données intervenant dans la qualité de vie, mais ils ont l'avantage de fournir des données fiables et reproductibles. (29)

Ces questionnaires standardisés sont généralement constitués de plusieurs questions (ou items), regroupées en plusieurs domaines (ou dimensions) de la qualité de vie qui sont étudiés. Les réponses aux items permettent de calculer un score par individu et par dimension. Des poids différents peuvent être affectés aux items selon l'importance qu'ils ont dans la dimension concernée (29).

Les réponses au questionnaire peuvent se faire de plusieurs manières :

- 1) Dichotomique fermé « Oui/Non ».
- 2) Graduée en fonction de la fréquence ou de l'intensité. On parle d'échelle de Likert.

Exemple :

Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Indifférent	D'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	--------------	-------------	----------	----------------------

- 3) Les échelles graphiques dites visuelles-analogiques (EVA). L'individu place un curseur sur un trait horizontal où les extrémités correspondent à des états opposés.

Exemple de la douleur :

Pas de douleur ----- Douleur maximale									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Tous les questionnaires utilisés dans l'évaluation de la qualité de vie d'un individu doivent répondre à certains critères.

On parle de critères de validité permettant de juger de sa fiabilité, de sa reproductibilité et de sa sensibilité au changement (31).

En d'autres termes, la validité est la capacité d'un outil à mesurer ce qu'il est censé mesurer.

La validation d'un score de qualité de vie comprend plusieurs étapes bien codifiées (31).

- 1) Il s'agira dans un premier temps de « construire une échelle » en générant des items. Cette dernière sera réalisée par un groupe d'experts. L'ensemble des concepts explorés sera formulé sous forme de questions.
S'en suivra une étape de réduction d'items qui permettra d'obtenir la première version du questionnaire.
- 2) Dans un second temps viendra l'étape de « validation d'une échelle ».
Cette dernière répondra à trois critères principaux : validité, fiabilité et sensibilité aux changements.
 - La validité consiste à vérifier que l'ensemble des items couvrent la totalité des domaines de la pathologie ou que chaque dimension soit analysée afin de garantir la cohérence de chaque item la composant, dans le cadre d'un questionnaire multidimensionnel.
Il faudra ensuite vérifier la compréhension et le caractère non ambigu de chaque question.
Par la suite, un travail de validité de construction sera mené afin de démontrer que le questionnaire répond aux exigences d'un véritable instrument de mesure.
Enfin, la validité de l'échelle est testée par rapport à un auto-questionnaire de référence si celui-ci existe.
 - La fiabilité est la capacité du questionnaire de mesurer de manière reproductible la qualité de vie. C'est la « stabilité de la mesure dans le temps ». Cela passe par la réalisation d'une étude longitudinale avec au moins deux administrations du questionnaire sans changement de l'état de santé des répondants dans un intervalle de temps.
 - La sensibilité aux changements correspond à la capacité du questionnaire à évoluer quand l'état du répondant va changer. C'est sa « réactivité » aux changements.
- 3) Dans un troisième temps viendra la méthode d'interprétation d'une échelle. On parle de « scoring ». Plusieurs méthodes existent. La plus simple est l'addition des scores élémentaires mais il faut pour cela que la validité interne soit élevée.
On peut également interpréter individuellement chaque score ou sous-score.

Ainsi, grâce à tous ces éléments, nous serons en mesure d'évaluer la qualité de vie d'un individu et notamment dans notre cas, celle des médecins généralistes.

4. La qualité de vie des médecins généralistes

Plusieurs études se sont déjà penchées sur l'évaluation de la qualité de vie des médecins généralistes, en fonction de différents critères.

On retrouve dans la littérature, une étude réalisée en 2003 dans le cadre d'une thèse de médecine générale par Marc Thiebaut. (32)

Cette étude a été réalisée via l'utilisation d'une Échelle Visuelle Analogique (EVA) et du questionnaire de qualité de vie de Duke. Il s'agit d'un questionnaire de qualité de vie générique lié à la santé.

Les résultats de cette étude ont pu montrer qu'il existait un impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins généralistes. Néanmoins, aucune différence significative n'avait été mise en évidence entre les médecins exerçant en milieu rural et en milieu urbain. Par ailleurs, il n'y avait pas de différence de qualité de vie entre les hommes et les femmes.

Une étude plus récente réalisée en 2017 dans le cadre d'une thèse de médecine générale par Elsa Lemaignan (33) a montré que les médecins salariés exerçant en ambulatoire avaient une qualité de vie globale et liée à la santé supérieure à celle de leurs confrères exerçant en libéral. En effet, le score de Duke, le score de Karasek et le score de Diener réalisés lors de cette étude ont tous montré des différences significatives en faveur des médecins salariés ambulatoires. On retrouve notamment un meilleur soutien social, un sentiment de satisfaction ou encore plus de temps à consacrer à leur santé chez les médecins salariés ambulatoires.

A travers cette étude, nous constatons alors une différence de qualité de vie en fonction du mode d'exercice.

En 2019, une étude nationale a été réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale par Georget Margot et Liegeois Alice. (34)

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en évidence un lien entre le burn-out et la qualité de vie chez le médecin généraliste français.

En effet l'étude montre une diminution significative de la qualité de vie chez les personnes en situation de burn-out.

De plus, sur 1198 répondants, un médecin sur deux était en situation de burn-out.

ARTICLE

Introduction

I. La place du médecin généraliste dans le système de soins.

La réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 a introduit la notion de médecin traitant par l'Etat Français (35), renforçant considérablement le rôle du médecin généraliste dans le système de soin français.

En tant que premier interlocuteur de nombreux patients, le médecin généraliste assure un rôle essentiel dans le suivi médical, la prévention des maladies, le dépistage précoce et l'orientation vers des spécialistes si nécessaire.

Il est souvent le premier point de contact pour les patients confrontés à des problèmes de santé, ce qui lui confère un rôle clé dans la coordination des soins et dans l'accès aux services médicaux spécialisés.

De plus, il joue un rôle important dans la promotion de la santé publique et de l'éducation médicale, en fournissant des conseils sur les modes de vie sains et en encourageant la prévention des maladies. (36)

II. Les différents modes d'exercices.

Le médecin généraliste a la possibilité de travailler de différentes manières. Les choix sont vastes et multiples. Toutes les possibilités ne seront pas évoquées ci-dessous.

Elles peuvent aller du salariat en milieu hospitalier à la prévention dans une structure privée ou dans une structure de soins type crèche, EHPAD etc.

La majorité des médecins généralistes exerce tout de même une activité de soin en ambulatoire. (37)

Dans le cadre d'un exercice ambulatoire, ils peuvent avoir un exercice libéral, salarié ou mixte. L'exercice salarié par exemple peut se faire en centre de santé ambulatoire.

Ces centres de santé sont de plus en plus nombreux en France. On en compte 2500 au 31 décembre 2022. (38)

D'autres types d'exercices salariés existent mais ne seront pas abordés ici.

Longtemps plébiscité par les médecins généralistes, l'exercice ambulatoire se faisait le plus souvent en cabinet seul. Aujourd'hui, les tendances en matière de choix d'installation ont changé.

En effet, les jeunes médecins sont de plus en plus attirés par l'exercice en groupe.

69% des médecins généralistes exerçaient en groupe début 2022 contre 54% fin 2010. (19)

Différents types d'exercices en groupe existent. On retrouve notamment l'exercice en groupe monodisciplinaire (constitué uniquement de médecins d'une même spécialité),

pluridisciplinaire (constitué de médecins de différentes spécialités) ou encore pluriprofessionnelle (constitué de professionnels de santé médicaux et paramédicaux). Il existe également un type d'exercice particulier parmi l'exercice en groupe pluriprofessionnelle, il s'agit des maisons de santé pluriprofessionnelles. Nous en parlerons plus loin.

III. La densité médicale : Définition, évolution et déserts médicaux.

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), la densité médicale « est le ratio qui rapporte les effectifs de médecins (omnipraticiens, spécialistes...) à la population d'un territoire donné. La densité médicale s'exprime en nombre de médecins (par exemple) pour 100 000 habitants. » (39)

La densité médicale permet donc d'avoir un aperçu de l'offre de soin sur le territoire. Cette offre de soin est très inégale avec des variations importantes en fonction des départements, des zones urbaines/rurales mais également selon un gradient Nord/Sud.

On note également une variation de la densité médicale dans le temps.

En effet, d'après le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale de 2022 se basant sur les chiffres de la DREES, la densité des médecins généralistes a baissé de 8% entre 2012 et 2022. (40)

Néanmoins, cette baisse n'est pas uniforme sur le territoire.

Pendant cette même période, certains départements ont eu une densité médicale en hausse comme la Guadeloupe (+24 %), la Martinique et les Hautes-Alpes (+20 %) , le Morbihan (+18% et la Savoie (+17 %).

A l'inverse, la majorité des départements a perçu une baisse de la densité médicale plus ou moins forte.

Les 8 départements qui composent l'Île-de-France enregistrent tous une baisse de plus de 10% (40).

L'augmentation de la population et la baisse du nombre de médecins généralistes en lien avec le vieillissement de l'effectif médical sont en partie responsables de la baisse de la densité médicale en France.

Cela fait partie entre autres des raisons de l'apparition de zones dites de « désert médical ».

Mais il serait préférable, selon la DREES, de parler de zone sous dense (41).

Une zone sous dense est un territoire où l'offre de soin est insuffisante avec un nombre de consultation par an et par habitant inférieur à un indicateur calculé chaque année.

Cet indicateur est l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée). Si celui-ci est inférieur à 2,5, il définit une offre de soin insuffisante et donc une zone sous dense.

Cette situation n'est malheureusement pas sans conséquences pour les patients mais également pour les professionnels de santé.

Ainsi, l'Etat tente de mettre en œuvre des solutions pour palier progressivement aux déserts médicaux.

IV. Les moyens de lutter contre les déserts médicaux.

Les pouvoirs publics ont cherché à créer différents dispositifs afin de réduire les déserts médicaux.

On notera notamment l'incitation financière à l'installation, la création du contrat d'engagement de service public (CESP) pour les internes et les externes en médecine mais également la suppression du Numerus Clausus (Stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 ») (42)

Autre mesure phare, en 2007, l'Etat ouvre la possibilité pour les médecins libéraux d'exercer en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP). (18)

Une MSP est une équipe de professionnels de santé de soins primaires (de premier recours, éventuellement de second recours) d'une même zone géographique autour d'un projet de santé commun, témoignant d'un exercice coordonné et pluriprofessionnel autour d'une patientèle commune. (16)

La promotion de la création des MSP a également fait partie du plan de renforcement de l'accès territorial aux soins de 2017 et juin 2023 (promettant 4000 MSP supplémentaires d'ici 2027). (43)

C'est donc un dispositif important sur lequel l'Etat mise fortement afin de promouvoir l'installation des médecins.

Dernièrement, la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 (44) a permis :

- La création d'une 4^{ème} année de médecine générale, avec des stages ambulatoires en zone sous dense dont les modalités seront à préciser.
- L'exonération des cotisations vieillesse en 2023 pour les médecins retraités qui reprennent leur activité.
- L'assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pour les médecins qui exercent dans un désert médical.

Ces dispositifs ne sont pour le moment pas encore suffisants pour améliorer la situation du système de santé en France.

De plus, l'état de santé des médecins est également impacté par l'augmentation des déserts médicaux. C'est pourquoi, il est intéressant d'évaluer la qualité de vie de ces derniers.

V. Qualité de vie : définitions, mesures

Initialement, l'état de santé d'un individu correspondait à des notions de morbidité et de mortalité.

Mais c'est dans les années 1970 que sont apparues les premières notions de mesure de la qualité de vie. (45)

A partir de là, l'évaluation de l'état de santé d'un individu devait également passer par des critères subjectifs lié au ressenti des sujets.

Définition de la Haute Autorité de Santé :

D'après la HAS (46), lorsque l'on fait référence à la qualité de vie dans le domaine de la santé, la définition communément citée est celle publiée par l'OMS en 1993 : "La qualité de vie 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. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement" (World Health Organization, 1993).

Plusieurs échelles de qualité de vie ont rapidement été créées. Ces échelles doivent répondre à des critères stricts et faire l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse.

Afin d'évaluer une échelle de qualité de vie en termes d'applicabilité, de fiabilité et de sensibilité au changement, des études expérimentales sont donc menées par des groupes de chercheurs.

A noter que dans le cas d'une échelle de qualité de vie créée à l'étranger, il est nécessaire de réaliser une validation transculturelle (linguistique et métrique) et non pas une simple traduction.

Aujourd'hui il existe plusieurs types de questionnaires de qualité de vie (29).

Des questionnaires de qualité de vie dit génériques, comme :

- SF-36
- DUKE
- WHOQOL ou WHOQOL Bref
- NHP

Des questionnaires de qualité de vie dit spécifiques, lié à la santé par exemple voir à des maladies spécifiques. (QLQ-C30, FACT-G, HOOS, KOOS)

Comme nous venons de le voir précédemment, l'apparition des déserts médicaux en France et la baisse du nombre de médecins généralistes est responsable d'une dégradation des conditions de travail.

C'est pourquoi il était intéressant pour nous d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes en France en 2023.

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes en France globalement et selon leurs critères d'installation (seul, en groupe monodisciplinaire, pluridisciplinaire, pluriprofessionnel ou MSP).

Notre hypothèse était que la qualité de vie des médecins généralistes était globalement bonne.

L'utilisation du questionnaire de DUKE dans notre population nous est permise par l'étude réalisée en 2011 par le Dr Baumann Cédric. (47)

Une seconde hypothèse était que l'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle améliorerait la qualité de vie des médecins généralistes.

Matériels et méthodes

I. Type d'étude

Notre étude était une étude épidémiologique, observationnelle, analytique et transversale. Elle a été réalisée en France de mai à septembre 2023.

II. Population, échantillonnage

La population cible correspond à l'ensemble des médecins généralistes libéraux, salariés ou ayant un exercice mixte en France.

Échantillonnage :

Afin de diffuser notre questionnaire nous avons fait appel à l'ensemble des ordres départementaux des ordres des médecins mais également à l'ensemble des URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé).

Nous avons également diffusé le questionnaire sur un groupe Facebook regroupant environ 20 000 médecins, toutes spécialités confondues.

Le recueil des données s'est fait sur une période de 4 mois, du 15 mai 2023 au 15 septembre 2023.

III. Déroulement de l'étude.

• Élaboration du questionnaire :

Afin de réaliser notre questionnaire d'étude nous nous sommes inspirés de la méthodologie utilisée par Elsa Lemaignan dans sa thèse réalisée en 2017, que nous avons précédemment citée.

L'utilisation d'échelle de qualité de vie standardisée était un élément important dans le choix de notre étude.

De plus, Mme Lemaignan s'était penchée sur la qualité de vie entre médecins libéraux et salariés mais n'avait pas étudié la qualité de vie entre les médecins généralistes de manière plus large.

Son étude a été réalisée via l'élaboration d'un questionnaire comprenant quatre échelles de qualité de vie.

On retrouve une échelle de qualité de vie liée à la santé (profil santé de Duke), une autre liée au travail dit de Karasek, une échelle de qualité de vie liée à la satisfaction subjective (échelle de Diener) et enfin, une échelle visuelle numérique en fin de questionnaire.

Nous avons donc créé un questionnaire en trois parties.

La première partie était une partie générale permettant d'identifier différents facteurs personnels comme l'âge, le sexe, le mode et lieu d'exercice.

La seconde partie comprenait 3 questionnaires de qualités de vie standardisés : le questionnaire de DUKE, le questionnaire de KARASEK ainsi qu'une échelle visuelle numérique de qualité de vie globale.

La troisième partie était une partie de commentaires libre afin de recueillir des informations complémentaires et remarques personnelles de la part des médecins.

- *Le questionnaire de santé de DUKE (48)*

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 17 items créé initialement en anglais et validé par la suite en français par une étude réalisée au CHU de Nancy (48).

C'est un outil de mesure de la qualité de vie en lien avec la santé d'un individu.

On retrouve dans ce questionnaire des items ayant une dimension physique, mentale, sociale, de santé perçue, d'incapacité, d'estime de soi, d'anxiété, de dépression et de douleur

Trois réponses sont possibles à chaque item : soit « C'est tout à fait mon cas » / « C'est un peu mon cas » / « Non ce n'est pas mon cas » ou « pas du tout » / « un peu » / « beaucoup »

Chaque réponse vaut 0, 1 ou 2 points. L'addition de ces points donne alors un score de 0 à 100, où 100 est le meilleur score de qualité de vie.

L'utilisation de ce score dans la population générale adulte en France a été validé par l'étude réalisée en 2011 par le Dr Baumann Cédric. (47)

- *Le questionnaire de qualité de vie au travail de KARASEK.*

Ce questionnaire a été développé en 1985 par Robert Karasek, professeur de psychosociologie de l'université de Boston. La version française (49) la plus utilisée comprend 26 items répartis en 3 axes (50) :

- Axe « Demande psychologique »
- Axe « Latitude décisionnelle »
- Axe « Soutien social »

Les réponses à chaque item se font par une échelle de Likert à 4 points « Pas du tout d'accord » / « Pas d'accord » / « D'accord » / « Tout à fait d'accord ». Les réponses sont cotées de 1 à 4.

L'analyse de ces résultats permet d'identifier les personnes en situation de « job strain » autrement dit de tension au travail. Il s'agit d'une personne avec une demande psychologique élevée et une latitude décisionnelle faible.

On identifie également les personnes en situation « d'isostrain », ce qui correspond à des personnes en « job strain » avec un faible soutien social.

Dans notre questionnaire nous avons fait le choix de ne pas inclure l'axe soutien social car les questions paraissaient peu appropriées à l'exercice des médecins.

- *Une échelle visuelle numérique de qualité de vie globale.*

Cette échelle est numérotée de 0 à 10 (0 signifiant que la qualité de vie est très mauvaise et 10 pour une très bonne qualité de vie).

IV. Analyse statistique

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel RStudio (Version 1.2.5033) et de Microsoft Excel (version 16.70) pour l'élaboration des graphiques et le calcul des scores.

Le seuil de signification bilatéral a été fixé à $p < 0,05$.

Les variables catégorielles ont été décrites en effectifs et pourcentages, les variables continues en moyennes et écarts-types.

Le niveau de corrélation entre les différents scores a été calculé à l'aide du coefficient de Pearson.

Des modèles de régressions linéaires multivariables ont été construits avec les scores de qualité de vie comme variables à expliquer et le type d'exercice comme variable explicative.

Pour chaque association testée, des modèles bruts et ajustés (sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice ainsi que la présence ou non d'un secrétariat) ont été réalisés.

Un modèle de régression logistique (brut et ajusté) a été utilisé pour évaluer l'association entre le type d'exercice et le fait d'être en situation de job Strain (questionnaire de Karasek).

Un chercheur en santé publique nous a aidé dans la réalisation de l'analyse statistique.

V. Aspects éthiques et réglementaires

Aucune autorisation réglementaire était nécessaire pour notre étude.

L'ensemble des données recueillies étaient anonymes.

Résultats

I. Description de la population

Le recueil de données nous a permis d'obtenir un échantillon de 1206 personnes.

Trente-sept virgule cinq pour cent des répondants, soit 452 personnes étaient des hommes et 62,5% étaient des femmes.

La majeure partie des répondants faisaient partie de la tranche d'âge 35 à 45 ans, soit 39,1 % (471 personnes).

Les autres tranches d'âge étaient plutôt équitables avec 19,2 % (232 personnes) pour les moins de 35 ans, 18,3 % (221 personnes) pour les 46 à 55 ans et 18,2 % (220 personnes) pour les 56 à 65 ans.

Enfin, les plus de 65 ans ne représentaient qu'une petite partie de l'échantillon avec 5,2 % (62 personnes).

(Cf « Tableau 1. Caractéristique de l'échantillon (N=1206) » en annexe).

La plupart des répondants exerçaient en milieu urbain (38 %) ou en semi rural (41 %). Seulement 21 % d'entre eux (253 personnes) exerçaient en milieu rural.

(Cf graphique 3 « Lieu d'exercice des médecins » en annexe).

De plus, la quasi-majorité des répondants avait un exercice libéral exclusif, 88,1 % soit 1063 personnes.

Neuf pour cent avaient un exercice mixte soit 106 personnes.

Trois pour cent uniquement étaient salariés soit 36 personnes.

(Cf graphique 2 « Mode d'exercice des médecins » en annexe).

Quatre-vingt-un virgule un pour cent des répondants, soit 978 personnes, exerçaient une activité en groupe, qu'elle puisse être monodisciplinaire, pluridisciplinaire ou pluriprofessionnelle.

Nous retrouvons respectivement 42% des médecins exerçant en monodisciplinaire, 4% en pluridisciplinaire et 54% en pluriprofessionnel.

Seulement 228 personnes (18,9%) exercent leur activité seules.

(Cf graphique 5 « Répartition du travail en groupe et du type de structure » en annexe)

A noter que parmi l'ensemble des répondants, 24,8 % soit 299 personnes exerçaient en Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

II. Les scores de qualité de vie

Le profil de santé de Duke :

Le tableau 2 en annexe représente les résultats obtenus en moyenne pour chaque score du profil de santé de Duke en fonction du type d'installation.

Il est constitué de 10 scores dont le score maximal est 100. Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est bonne.

A titre d'exemple, le score de santé physique est globalement identique entre les groupes monodisciplinaire, pluridisciplinaire et MSP avec respectivement des scores de 71,8, 72,8 et 72,1.

Les scores de santé physique du groupe seul et pluriprofessionnel hors MSP sont légèrement plus bas avec des scores respectivement de 68,7 et 68,9.

A noter que « ET » correspond à l'écart type. C'est la variation du score autour de la moyenne. Plus l'écart type est faible, plus la moyenne est précise.

Le score de Karasek :

Le tableau 3 en annexe représente les résultats du score de Karasek en fonction du type d'installation.

Les résultats de ce score ont été calculés sur 1020 répondants parmi les 1206 de l'effectif initial. Cette perte est liée à la non-réponse de 186 personnes à certaines questions du questionnaire de Karasek.

Le score de Karasek nous permet d'obtenir le score de demande psychologique et de latitude décisionnelle pour chacun des groupes.

La combinaison du score de demande psychologique et de latitude décisionnelle nous permet d'identifier les personnes en situation de *job strain*.

Une personne en *job strain* est un individu avec une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle. (Demande psychologique supérieure à 20 et latitude décisionnelle inférieure à 71)

Dans le tableau 3, on note que 29,3 % des répondants exerçant seuls sont en situation de *job strain*.

Il est relativement comparable à ceux exerçant en groupe monodisciplinaire avec 28,6 % des répondants dans cette situation.

51,6% des répondants du groupe pluridisciplinaire sont en situation de *job strain*. A noter qu'il n'y avait que 31 répondants dans ce groupe.

26,3 % des répondants du groupe pluriprofessionnel hors MSP sont en situation de *job strain*. Enfin, seulement 18,4 % des répondants du groupe MSP sont dans cette situation.

Échelle visuelle analogique :

Cotation de la qualité de vie globale selon l'échelle **visuelle analogique** en fonction du type d'installation (moy.±ET) :

- Seul	6,7 ± 1,9
- Monodisciplinaire	7,1 ± 1,5
- Pluridisciplinaire	6,7 ± 1,6
- MSP	7,1 ± 1,5
- Pluriprofessionnel hors MSP	7,0 ± 1,7

Corrélation entre les différents scores :

Le tableau 4 nous montre les coefficients de corrélation entre les différentes dimensions du score de DUKE et l'EVA mais également entre les scores de Karasek et l'EVA. L'ensemble des résultats est significatif.

Dans la comparaison entre le score de Duke et l'EVA, on trouve sur l'anxiété, la dépression, la douleur et l'incapacité un coefficient de corrélation négatif.

De même, dans la comparaison entre l'EVA et le score de Karasek, on trouve un coefficient de corrélation négatif sur la demande psychologique.

L'ensemble des autres coefficients de corrélation sont positifs.

Le coefficient de corrélation :

Lorsque le coefficient de corrélation est positif, cela signifie qu'il existe une corrélation positive. Donc lorsque qu'un score augmente l'autre augmente également.

Cependant, lorsque le coefficient de corrélation est négatif, cela signifie qu'il existe une corrélation négative. Donc lorsque qu'un score diminue, l'autre augmente.

III. Résultats détaillés

Profil de santé de Duke :

La tableau 5 en annexe a pour objectif de comparer les différents résultats du score de santé de Duke en fonction du type d'installation par rapport à un groupe de référence. Le groupe de référence choisi est le groupe « MSP ».

Il s'agit d'un mode de comparaison par régression linéaire. Un modèle ajusté sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et la présence d'un secrétariat a été intégré.

Ce modèle ajusté permet de savoir si le type d'installation influe réellement sur la qualité de vie des répondants.

Description du tableau 5

Monodisciplinaire vs MSP :

On retrouve peu de différence entre le groupe monodisciplinaire et MSP. On note qu'il y a moins d'incapacité pour une personne travaillant dans un cabinet de groupe monodisciplinaire par rapport à une personne travaillant en MSP.

En effet, il y a une diminution du score d'incapacité de 2,81 points chez une personne exerçant en groupe monodisciplinaire par rapport à une personne exerçant en MSP.

Pour rappel, le score d'incapacité correspond à la possibilité d'un médecin d'être malade au point de devoir rester à son domicile ou d'être hospitalisé.

Néanmoins, ce score n'est pas significatif sur le modèle ajusté.

Pluridisciplinaire vs MSP :

Cependant, on note une différence notable entre le groupe pluridisciplinaire et MSP sur de nombreux points.

La santé mentale est meilleure pour les personnes exerçant en MSP avec des résultats significatifs sur le modèle brut et ajusté.

En effet, il y a une diminution du score de santé mentale de 12,7 points chez une personne exerçant en groupe pluridisciplinaire par rapport à une personne exerçant en MSP.

D'autres résultats significatifs sont retrouvés. On note une meilleure estime de soi, moins d'anxiété et moins de dépression dans le groupe MSP par rapport à l'exercice en groupe pluridisciplinaire.

Il y a une diminution du score estime de soi de 9,82 points, une augmentation du score d'anxiété de 6,72 points et une augmentation du score de dépression de 9,23 points chez une personne exerçant en groupe pluridisciplinaire par rapport à une personne exerçant en MSP.

Par ailleurs, on note moins d'incapacité dans le groupe pluridisciplinaire par rapport au groupe MSP avec un score significatif sur le modèle ajusté. En effet il y a une diminution du score d'incapacité de 2,13 points par rapport au groupe MSP.

Seul vs MSP :

On retrouve également plusieurs différences significatives entre l'exercice en MSP et l'exercice seul.

Les scores de santé sociale et de santé générale sont significativement meilleurs chez une personne exerçant en MSP par rapport à une personne exerçant seule.

Ces résultats sont également significatifs sur le modèle ajusté.

Il y a une diminution du score de santé sociale de 6,20 points et une diminution du score de santé générale de 3,61 points chez une personne exerçant seule par rapport à une personne exerçant en MSP.

De plus, une personne exerçant seule aurait plus tendance à éprouver des douleurs par rapport à une personne exerçant en MSP, et cela de manière significative.

Il y a une augmentation du score douleur de 6,34 points chez une personne exerçant seule par rapport à une personne exerçant en MSP.

Néanmoins, le modèle ajusté ne retrouve pas de valeur significative.

Pluriprofessionnel hors MSP vs MSP :

Enfin, peu de différences sont retrouvées entre les personnes exerçant en MSP et celles exerçant en milieu pluriprofessionnel hors MSP.

Le score de santé générale est meilleur chez les personnes exerçant en MSP par rapport à celles exerçant en groupe pluriprofessionnel hors MSP.

Il y a une diminution du score de santé générale de 3,21 points chez une personne exerçant hors MSP par rapport à une personne exerçant en MSP.

Mais ce résultat n'est pas significatif sur le modèle ajusté.

Impact de l'analyse multivarié :

Comme dit précédemment, la comparaison des scores de Duke s'est faite par l'utilisation d'un mode de comparaison par régression linéaire avec des variables sur l'âge, le sexe, la présence d'un secrétariat ou non et le lieu d'exercice.

En fonction du score calculé, on retrouve des résultats significatifs ou non sur ces variables.

Par exemple, on retrouve des scores significativement moins bons chez les femmes par rapport aux hommes dans toutes les dimensions du score de Duke hormis le score d'estime de soi, de santé perçue et de santé sociale.

De plus, il y a plusieurs valeurs significatives sur l'âge en fonction de la dimension du score de Duke étudié.

Par ailleurs, la présence ou non d'un secrétariat n'a jamais été significative dans aucune des dimensions du score de Duke.

Enfin, on retrouve un impact du lieu d'exercice dans différentes dimensions du score de Duke.

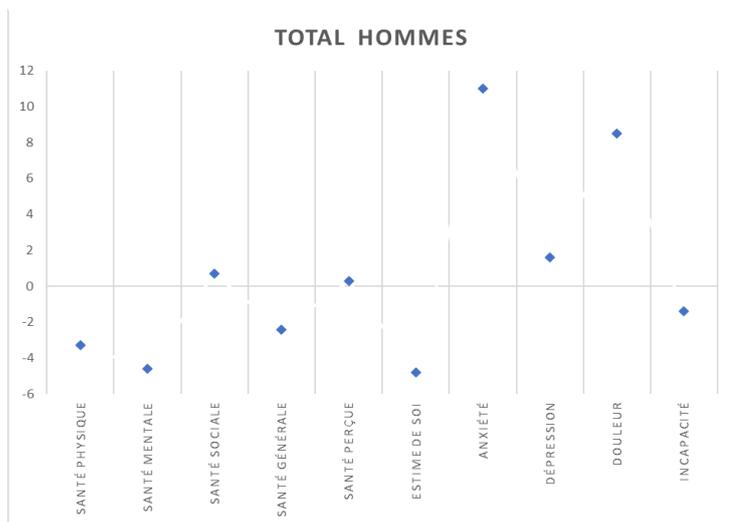
Il existe notamment un score de santé mentale, de santé perçue et d'estime de soi significativement moins bon dans l'exercice en milieu semi rural par rapport au milieu rural, ou encore un score de santé sociale meilleure chez les personnes exerçant en milieu urbain. L'ensemble de ces valeurs sont à retrouver en annexe.

Comparaison du profil de santé de Duke avec la population générale :

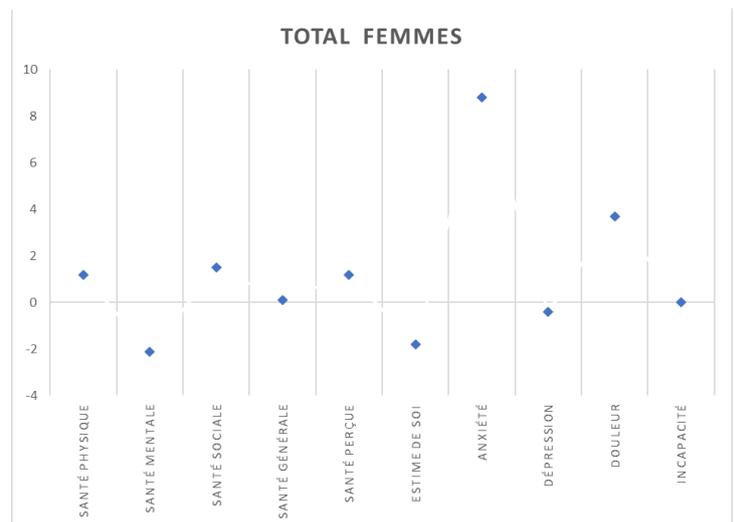
Le tableau 6, en annexe, permet de comparer les scores de qualité de vie du profil de santé de DUKE de notre échantillon d'étude, en fonction du sexe et de la classe d'âge.

Plus intéressant, l'ensemble de ces scores peuvent être comparés aux scores de référence de la population générale définis par l'étude du Dr Baumann Cédric en 2011. (47)

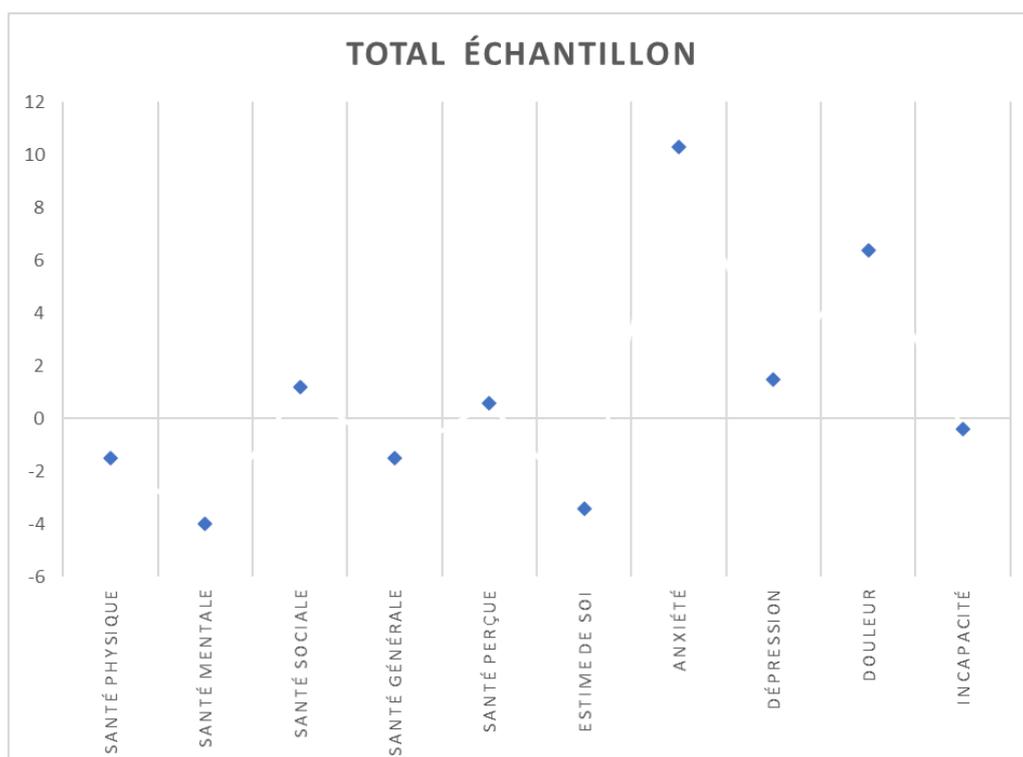
Graphique 6 : Comparaison des scores de santé du Duke entre les hommes de l'échantillon d'étude et les hommes de la population générale de référence.



Graphique 7 : Comparaison des scores de santé du Duke entre les femmes de l'échantillon d'étude et les femmes de la population générale de référence.



Graphique 8 : Comparaison des scores de santé du Duke entre l'ensemble de l'échantillon d'étude et la population générale de référence.



Ces différents graphiques représentent la comparaison des différents scores de qualité de vie de Duke entre notre échantillon et ceux de la population générale de référence.

Les intervalles de confiance n'ont pas pu être calculés faute de données disponibles dans la population générale de référence.

Chaque point sur le graphique correspond à la différence du score de qualité de vie de notre échantillon et celle de la population de référence.

Concernant les scores de santé physique, santé mentale, santé sociale, santé générale, santé perçue et estime de soi, lorsque la différence est négative, cela correspond à une qualité de vie moins bonne dans notre échantillon. A contrario lorsqu'elle est positive, elle correspond à une meilleure qualité de vie dans notre échantillon.

En revanche, concernant les scores anxiété, dépression, douleur et incapacité, les valeurs sont inversées.

Si la différence est positive, alors la qualité de vie de notre échantillon est moins bonne. Alors que si la différence est négative, la qualité de vie de notre échantillon est meilleure.

Le graphique représentant la différence de la totalité des deux populations met en avant une qualité de vie moins bonne dans notre population d'étude par rapport à la population générale de référence.

En effet, la qualité de vie serait moins bonne dans 7 dimensions sur 10 dans notre population. (santé physique, santé mentale, santé générale, estime de soi, anxiété, dépression et douleur). On note également une différence sur les scores anxiété et douleur qui paraît très élevée.

Afin d'aller plus loin dans l'analyse de nos résultats, nous avons décidé de réaliser le même procédé d'analyse entre les personnes exerçant en MSP et ceux exerçant hors MSP dans notre échantillon, cela dans le but de rechercher s'il existe réellement une amélioration de la qualité de vie chez les médecins exerçant en MSP par rapport à leur confrère.

Comparaison entre médecin exerçant en MSP et hors MSP :

Le tableau 7 en annexe correspond aux scores de qualité de vie du profil de santé de DUKE des médecins exerçant en MSP dans notre échantillon en fonction du sexe et de la classe d'âge.

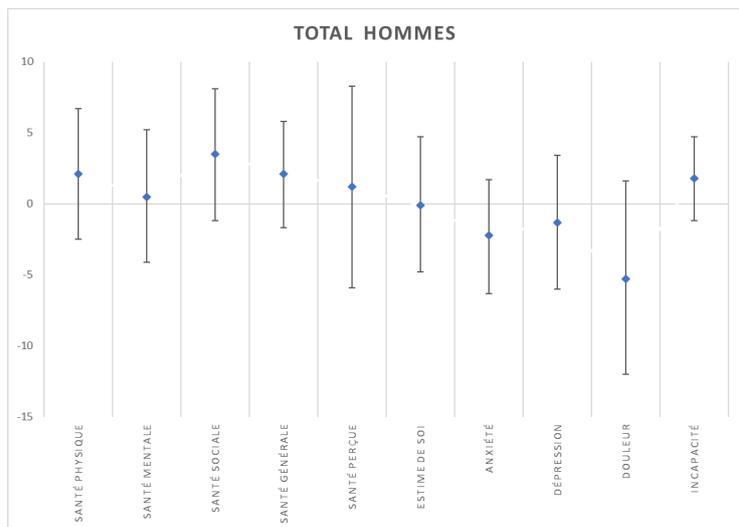
Le tableau 8 en annexe correspond aux scores de qualité de vie du profil de santé de DUKE des médecins exerçant hors MSP dans notre échantillon en fonction du sexe et de la classe d'âge.

Une différence des scores de chaque dimension a été réalisée entre ces deux populations afin de les comparer.

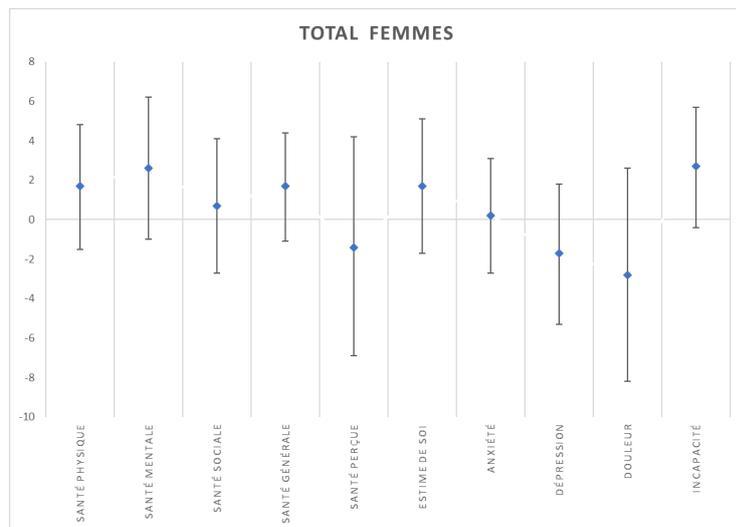
Les différences sont matérialisées par des points sur les graphiques et l'interprétation se fait de la même manière que précédemment.

Les intervalles de confiance ont cette fois-ci été calculés puisque nous disposons de l'ensemble des données nécessaires.

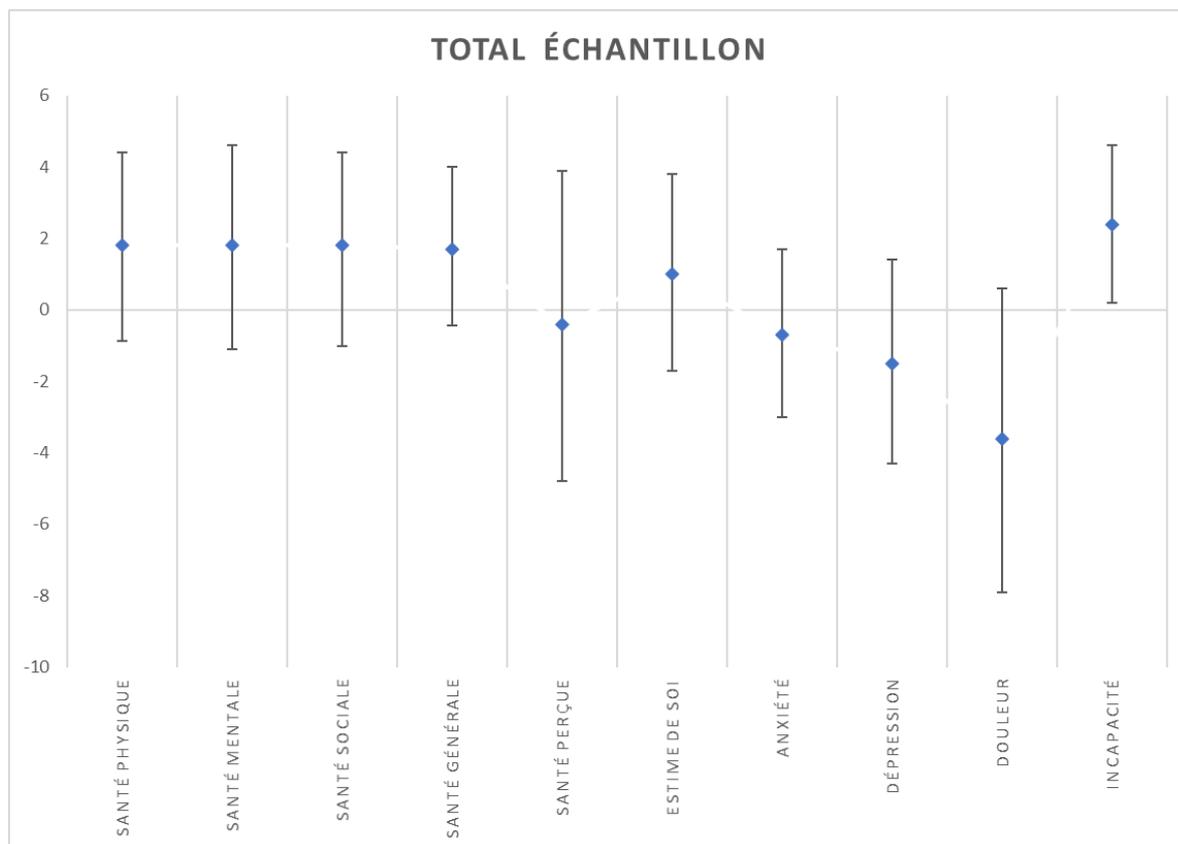
Graphique 9 : Comparaison des scores de santé du Duke entre les hommes exerçants en MSP et hors MSP, de notre échantillon d'étude.



Graphique 10 : Comparaison des scores de santé du Duke entre les femmes exerçantes en MSP et hors MSP, de notre échantillon d'étude.



Graphique 11 : Comparaison des scores de santé du Duke entre l'ensemble des médecins exerçants en MSP et hors MSP, de notre échantillon d'étude.



En observant le graphique représentant la différence des scores de qualité de vie de DUKE des médecins exerçant en MSP et ceux hors MSP, on note une qualité de vie bien meilleure dans la population exerçant en MSP.

En effet, la qualité de vie est meilleure dans 8 dimensions sur 10 chez les médecins exerçant en MSP par rapport à leurs confrères (santé physique, santé mentale, santé sociale, santé générale, estime de soi, anxiété, dépression et douleur).

On trouve néanmoins un score de santé perçue moins bon chez les personnes exerçant en MSP. Par ailleurs, le score d'incapacité est moins bon en MSP d'autant plus que la différence est significative car l'intervalle de confiance exclu 0.

Outre la qualité de vie liée à la santé, intéressons-nous maintenant à la qualité de vie au travail au travers du questionnaire de Karasek.

Score de Karasek :

Le tableau 9 en annexe a pour objectif de comparer les différents résultats du score de Karasek en fonction du type d'installation et par rapport à un groupe de référence.

Le groupe de référence choisi est le groupe « MSP ».

Il s'agit d'un mode de comparaison par régression linéaire.

Un mode de comparaison par régression logistique a été réalisé concernant le Job Strain car la variable est binaire (oui ou non).

Un modèle ajusté sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et la présence d'un secrétariat ou non a été intégré.

Ce modèle ajusté permet de savoir si le type d'installation influe réellement sur la qualité de vie des répondants.

Description du tableau 9

Monodisciplinaire vs MSP :

Les personnes qui exercent en MSP ont une meilleure latitude décisionnelle par rapport à celles exerçant en groupe monodisciplinaire avec des résultats significatifs sur le modèle brut et ajusté.

En effet, un praticien exerçant en groupe monodisciplinaire aura un score de latitude décisionnelle inférieur de 1,46 points par rapport à un praticien exerçant en MSP.

Il y a également moins de risque de présenter un *job strain* chez les personnes exerçant en MSP par rapport à celles exerçant en cabinet monodisciplinaire.

On note un résultat significatif sur le modèle ajusté avec un Odds Ratio (OR) à 1,62. Donc un praticien exerçant en groupe monodisciplinaire aura 1,62 fois plus de risque de présenter un *job strain* qu'un praticien exerçant en MSP.

Pluridisciplinaire vs MSP :

Un praticien exerçant en groupe pluridisciplinaire aura un score de demande psychologique supérieur de 1,99 points par rapport à un praticien exerçant en MSP.

Il y a donc une demande psychologique moins importante dans l'exercice en MSP.

Par ailleurs, la latitude décisionnelle est quant à elle meilleure chez les personnes exerçant en MSP par rapport à celles exerçant en cabinet pluridisciplinaire.

Les résultats sur modèle ajusté sont significatifs.

Un praticien exerçant en groupe pluridisciplinaire aura un score de latitude décisionnelle inférieur de 4,85 points par rapport à un praticien exerçant en MSP.

On note également une différence significative concernant le *job strain*.

Il y a moins de risque de présenter un *job strain* chez les personnes exerçant en MSP par rapport à celles exerçant en cabinet pluridisciplinaire.

On retrouve un OR à 4,81 sur le modèle ajusté. Donc un praticien exerçant en groupe pluridisciplinaire aura 4,81 fois plus de risque de présenter un *job strain*.

Seul vs MSP :

La demande psychologique serait moins importante pour une personne exerçant en cabinet seul par rapport à une personne exerçant en MSP.

On retrouve un Bêta à -1 avec une valeur significative sur le modèle brut.

Néanmoins le modèle ajusté ne retrouve pas de valeur significative.

La latitude décisionnelle est cependant meilleure dans l'exercice en MSP par rapport à l'exercice seul avec un Bêta à -2,11 significatif sur le modèle ajusté.

Un praticien exerçant seul aura un score de latitude décisionnelle inférieur de 2,11 points par rapport à un praticien exerçant en MSP.

Il y a donc moins de risques de présenter un *job strain* chez les personnes exerçant en MSP.

On retrouve un OR à 1,66 sur le modèle ajusté.

Un praticien exerçant en seul aura 1,66 fois plus de risque de présenter un *job strain*.

Pluriprofessionnel hors MSP vs MSP :

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant la demande psychologique et la latitude décisionnelle.

On note un risque de présenter un *job strain* plus important dans le groupe pluriprofessionnel hors MSP avec un résultat significatif et un OR à 1,58 sur le modèle brut.

Néanmoins, aucun résultat significatif n'est retrouvé sur le modèle ajusté.

Échelle Visuelle Analogique

Le tableau 10 en annexe a pour objectif de comparer les différents résultats de l'EVA en fonction du type d'installation et par rapport à un groupe de référence. `

Le groupe de référence choisi est le groupe « MSP ».

Il s'agit d'un mode de comparaison par régression linéaire. Un modèle ajusté sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et la présence d'un secrétariat a été intégré.

Ce modèle ajusté permet de savoir si le type d'installation influe réellement sur la qualité de vie des répondants.

Description du tableau 10

Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les groupes de comparaison suivant :

- Monodisciplinaire vs MSP :
- Pluridisciplinaire vs MSP :
- Pluriprofessionnel hors MSP vs MSP :

Concernant le groupe seul vs MSP, on retrouve un résultat significatif sur le modèle brut avec un Beta à $-0,39$. Cela signifierait que l'EVA serait meilleure chez les personnes exerçant en MSP par rapport à celles exerçant seules.

Cependant, on ne retrouve pas de différence significative sur le modèle ajusté.

Discussion

I. Interprétation des résultats

Population d'étude :

Cette étude réalisée sur le territoire national nous a permis d'obtenir un échantillon de 1206 personnes. Ce qui correspond à environ 1,4 % de l'ensemble des médecins généralistes en activité régulière.

Notre échantillon est composé de 62,5 % de femmes, ce qui est légèrement supérieur à la proportion de femmes médecins généralistes en activité régulière en France.

En effet, au 1^{er} janvier 2022, elles étaient 52,5% en France. (40)

Notre population d'étude est relativement jeune avec 58,3 % de personnes de moins de 45 ans. A titre de comparaison, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière en France était de 50 ans au 1^{er} janvier 2022. (37)

Par ailleurs, il y a 37,4 % des médecins généralistes en activité régulière en France qui sont salariés, contre 56,1% ayant une activité libérale.

Ces chiffres sont très différents de notre population d'étude puisqu'on retrouve majoritairement des personnes exerçant en libéral avec 88,1% des répondants. Les salariés ne représentent que 3% de notre population.

Cette différence est peut-être liée au fait que notre questionnaire n'a malheureusement pas pu être envoyé directement aux centres de santé afin de pouvoir toucher les médecins salariés en plus grand nombre.

On retrouve également dans notre échantillon d'étude 81,1% des répondants exerçant en groupe et 18,9 % exerçant seul.

Parmi l'ensemble des médecins ayant répondu au questionnaire, 24,8 % exerçaient en MSP. On note une différence avec la répartition globale des médecins généralistes en France où 31 % d'entre eux exercent seul et 69% en groupe.

Par ailleurs, début 2022, 17% des médecins généralistes en France déclaraient exercer en MSP. (19)

L'exercice seul est un mode d'exercice qui était plutôt plébiscité dans le passé. Aujourd'hui les jeunes médecins ont pour la plupart envie d'installation en groupe. De ce fait, une grande majorité des personnes exerçant seules sont probablement des médecins en fin de carrière. (19)

Ces derniers ont peut-être été moins intéressés par ce sujet.

Il est également possible qu'ils n'aient pas répondu par manque de temps.

A contrario les jeunes médecins ont sûrement été plus attirés par le sujet. Ce dernier faisant partie de l'actualité et donnant un état des lieux de leurs situations professionnelles actuelles.

De ce fait, notre échantillon n'est pas représentatif de la population de médecins généralistes en France.

La qualité de vie liée à la santé :

Le profil de santé de Duke est un questionnaire de qualité de vie lié à la santé.

La comparaison des résultats du profil de santé de Duke en fonction du type d'installation avec comme groupe référence « MSP » nous apporte des résultats mitigés.

L'exercice en MSP permet d'avoir une meilleure qualité de vie liée à la santé par rapport à une personne exerçant seul. En particulier sur les scores de santé sociale et santé générale où des scores significatifs sont retrouvés sur le modèle ajusté. Cela renforce l'effet protecteur de l'exercice en MSP.

Cela paraît compréhensible puisque l'exercice isolé est très probablement responsable d'une dégradation du score de santé sociale. Dégradation pouvant être liée à l'isolement du praticien.

Le score de santé générale est également impacté. L'exercice isolé est certainement plus contraignant physiquement chez les personnes exerçant seules.

Par ailleurs, aucune différence significative n'a été retrouvée sur le modèle ajusté concernant le score douleur. Cela voudrait dire que l'exercice en MSP ne serait pas réellement un élément protecteur sur la douleur par rapport à une personne exerçant seule.

Plusieurs différences significatives sur le modèle ajusté ont été trouvées entre le groupe pluridisciplinaire et MSP, comme la santé mentale, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression ou encore l'incapacité. Ce qui renforce l'effet de protection de l'exercice en MSP.

A noter que le groupe pluridisciplinaire n'est composé que de 36 personnes dans notre étude, ce qui engendre un manque de puissance.

Des résultats plus précis auraient été obtenus avec un nombre plus important de répondants et donc un intervalle de confiance plus étroit et plus précis.

Ces résultats restent néanmoins significatifs.

L'exercice en MSP apparaît comme protecteur sur le versant psychologique par rapport à l'exercice en groupe pluridisciplinaire.

Néanmoins, nos résultats ne permettent pas de savoir avec précision si la différence est importante ou pas.

Par ailleurs, peu de différences sont retrouvées entre une personne exerçant en MSP et en cabinet de groupe monodisciplinaire.

On retrouve néanmoins un facteur protecteur sur l'incapacité dans le groupe monodisciplinaire, mais ce dernier n'est pas significatif sur le modèle ajusté. Il n'y aurait donc aucune différence de qualité de vie entre ces deux groupes.

L'exercice en MSP et l'exercice en groupe monodisciplinaire sont tous deux des exercices de groupe. C'est cette caractéristique qui les rapproche et qui font que l'on retrouve peu de différence significative entre eux.

Enfin, aucune différence n'est retrouvée entre le groupe MSP et pluriprofessionnel hors MSP. Cela paraît logique puisque l'exercice en MSP est en soit un exercice pluriprofessionnel.

De manière générale, on peut se rendre compte que l'exercice en MSP permet d'avoir une meilleure qualité de vie liée à la santé, par rapport à un exercice seul et en groupe pluridisciplinaire.

L'exercice isolé est probablement plus impactant sur le plan physique et mental.

L'exercice isolé est de moins en moins plébiscité par les jeunes médecins et ces résultats le confirment. Dans une enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins réalisée en 2019 concernant les attentes sur les conditions d'exercices des médecins, 72% des internes répondants se dirigeraient vers une installation en groupe dont 21% en MSP contre 3% seulement en libéral seul. (51)

Cependant, l'exercice en MSP serait équivalent en termes de qualité de vie liée à la santé par rapport aux autres modes d'exercices en groupe.

Dans le cadre de l'analyse approfondie de nos résultats, nous avons dans un premier temps comparé la qualité de vie des médecins de notre population à celle de la population générale en utilisant les données de références du profil de santé de DUKE.

Les médecins ont probablement une qualité de vie liée à la santé moins bonne que la population générale notamment sur le versant psychologique.

En effet, on note une différence très importante sur l'anxiété, qui témoignerait de la souffrance actuelle de la population médicale et notamment des médecins généralistes.

Cependant les intervalles de confiance n'ayant pas pu être calculés du fait de données manquantes nous ne pouvons pas savoir si les résultats sont significatifs.

Néanmoins, la tendance des résultats reste défavorable pour les médecins.

Dans un second temps, nous avons comparé les scores de qualité de vie de DUKE entre les médecins exerçant en MSP et hors MSP.

L'analyse de ces résultats nous a montré que l'exercice en MSP améliorerait la qualité de vie des médecins par rapport à leurs confrères.

Cependant nous n'avons pas trouvé réellement de différence significative entre ces deux populations nous permettant d'affirmer avec convictions nos propos.

Ceci est probablement dû à un effectif de médecins exerçant en MSP trop peu nombreux par rapport à leurs confrères hors MSP (299 vs 907).

Une augmentation du nombre de participants à notre étude nous aurait permis d'avoir une puissance plus élevée et donc des résultats plus significatifs.

Néanmoins, la tendance générale de nos résultats va dans le sens d'une amélioration de la qualité de vie des médecins exerçants en MSP par rapport à leurs confrères.

La qualité de vie au travail :

L'analyse statistique du score de Karasek permet principalement d'identifier les personnes en situation de *job strain*.

Pour rappel, le « *job strain* » correspond à un individu avec une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle. C'est une situation à risque d'épuisement professionnel.

La comparaison des différents types d'installation permet de mettre en évidence une différence entre tous ces groupes.

L'exercice en MSP apparait moins à risque d'être en situation de Job Strain puisque seuls 18,4% des répondants le sont. On retrouve à titre de comparaison, 29,3% des personnes exerçant seules en situation de *job strain*, 28,6 % des personnes exerçant en groupe monodisciplinaire, 51,6% des personnes exerçant en groupe pluridisciplinaire et enfin 26,3% des personnes exerçant en groupes pluriprofessionnels hors MSP.

En regardant de plus près, c'est le score de latitude décisionnelle qui ferait la différence avec les autres groupes.

En effet, seuls 23% des répondants du groupe MSP ont une faible latitude décisionnelle (<71), là où elle est supérieure à 30% pour les autres groupes (Sauf pluriprofessionnels hors MSP à 29,3 %).

L'exercice en MSP permettrait donc d'avoir une liberté plus importante dans son travail avec une possibilité de développer ses compétences.

Ceci pourrait s'expliquer en partie par l'exercice pluriprofessionnel qui permet de mutualiser les compétences et créer un lieu de travail agréable (52) mais également par l'objectif commun qui anime une MSP.

Pour rappel, l'objectif d'une MSP est d'avoir un projet de soin commun dans un bassin de vie. Il est possible que l'implication du médecin dans ce projet de soin impacte fortement la latitude décisionnelle de ce dernier et qu'il se sente plus impliqué et plus décisionnaire.

Il y aurait donc un effet protecteur de l'exercice en MSP sur l'épuisement professionnel et une meilleure qualité de vie au travail.

L'analyse comparative du questionnaire de Karasek avec comme groupe de référence MSP, nuance ce résultat.

En effet, la latitude décisionnelle est toujours plus importante dans le groupe MSP par rapport à l'exercice seul mais également monodisciplinaire et pluridisciplinaire.

En revanche, l'exercice pluriprofessionnel hors MSP ne met pas en évidence de différence significative sur la latitude décisionnelle par rapport au groupe MSP.

Cela paraît logique puisque l'exercice en MSP est également un exercice pluriprofessionnel contrairement aux autres types d'installation.

Par ailleurs, aucune différence significative n'est mise en évidence concernant le *job strain* entre le groupe MSP et le groupe pluriprofessionnel hors MSP.

D'après l'analyse de nos résultats, l'élément important pour obtenir une meilleure qualité de vie au travail serait donc d'exercer dans une structure pluriprofessionnelle que ce soit une MSP ou non.

Cette conclusion est néanmoins à nuancer. En effet nous ne savons pas comment sont constitués les groupes pluriprofessionnels et MSP des répondants.

Un groupe pluriprofessionnel peut s'organiser de la même manière qu'une MSP alors qu'il n'en a pas l'appellation. De même une MSP peut (même si ce n'est pas le but) avoir un mode de fonctionnement qui se rapproche plus d'un groupe pluriprofessionnel que d'une MSP.

Chaque structure est différente et l'organisation de cette structure est propre à chacune.

Il serait intéressant de réaliser une étude plus spécifique comparant l'exercice en MSP et celui en groupe pluriprofessionnel.

L'EVA (Échelle Visuelle Analogique):

L'Échelle Visuelle Analogique permet de déterminer la qualité de vie globale d'un individu. Les résultats de notre étude nous permettent d'affirmer qu'il existe une corrélation, dans notre échantillon, entre les scores de Duke et l'EVA ainsi que les scores de Karasek et l'EVA.

Par ailleurs, la comparaison de l'EVA en fonction du type d'installation avec comme référence « MSP » ne retrouve pas de différence significative. La qualité de vie globale est donc similaire sur l'ensemble des types d'installation et aucun type d'installation ne serait à privilégier. Néanmoins, ce résultat est à nuancer. En effet, l'EVA est une échelle peu précise et faire de ce résultat une généralité ne serait pas totalement vrai.

II. Limites et biais

Comme nous l'avons vu précédemment, lors de la création du questionnaire de notre étude, nous avons choisi d'intégrer à ce dernier le questionnaire de qualité de vie au travail de Karasek.

Nous avons fait le choix de ne pas inclure l'ensemble des 26 items qui sont, pour rappel, répartis en 3 axes.

L'axe soutien social a été exclu de notre questionnaire car les questions paraissaient peu appropriées à l'exercice des médecins.

Nous pouvons nous poser la question si l'exclusion de l'axe soutien social n'a pas eu un impact sur la validité de l'échelle de qualité de vie de Karasek et donc sur les résultats obtenus.

De plus, lors de l'analyse des résultats nous avons remarqué la non-réponse de 186 personnes au questionnaire de Karasek. Ces sujets ont donc été exclus de l'analyse statistique.

Il y a donc une différence d'effectif entre le questionnaire de santé de Duke et le questionnaire de Karasek.

Ces deux questionnaires étant indépendants, il n'y a pas eu d'impact sur les résultats statistiques.

Plusieurs biais ont été identifiés dans notre étude.

Premièrement il existe un biais de sélection.

Le recueil des résultats a été relativement compliqué dans un premier temps.

En effet, peu de réponses avaient été obtenues par l'intermédiaire des réseaux sociaux et des URPS.

Le nombre de répondants a augmenté grâce à la diffusion de notre questionnaire par les conseils départementaux des ordres des médecins.

Deuxièmement, il existe un biais de mesure qui est inévitable.

La mesure de la qualité de vie est subjective, évolutive et dépend de la période temporelle choisie.

Notre recueil des données a eu lieu sur une période s'étalant du 15 mai au 15 septembre 2023 soit 4 mois, incluant les vacances scolaires.

Cette période a pu fortement influencer les réponses données par les médecins.

Troisièmement, il existe un biais d'approbation. Ce biais est lié à la longueur du questionnaire. Certains médecins peuvent répondre plus favorablement ou au contraire plus défavorablement au fil du questionnaire, par lassitude. Ce biais est inhérent à tout questionnaire.

III. Perspectives :

L'importance de la qualité de vie est un sujet fondamental, particulièrement crucial dans le domaine médical, où les médecins généralistes jouent un rôle central dans la santé publique. La qualité de vie des médecins influence non seulement leur bien-être personnel mais aussi la qualité des soins qu'ils dispensent à leurs patients. En ce sens, le choix du mode d'exercice revêt une importance capitale.

Les médecins généralistes sont souvent confrontés à des charges de travail intenses, des horaires irréguliers et des pressions constantes liées à la prise en charge de nombreux patients. Dans un environnement où le stress et la fatigue peuvent devenir monnaie courante, la qualité de vie des médecins peut être sérieusement compromise, avec des répercussions non seulement sur leur santé mentale et physique, mais également sur leur capacité à prodiguer des soins de qualité.

Notre étude nous a permis d'y voir plus clair sur la qualité de vie des médecins généralistes en fonction de leur mode d'exercice.

Il apparaît que l'exercice en groupe et plus particulièrement en MSP permet d'obtenir une meilleure qualité de vie liée à la santé et au travail.

L'exercice seul n'est aujourd'hui plus à recommander car il est souvent responsable d'un épuisement professionnel, que ce soit sur le plan physique ou psychologique.

Par conséquent, la promotion des MSP par le gouvernement serait une bonne chose afin de favoriser l'exercice en groupe et ainsi améliorer la qualité de vie des médecins.

Il s'agit d'un mode d'exercice d'avenir qui est de plus en plus plébiscité par les jeunes médecins.

Néanmoins, l'amélioration de la qualité de vie des médecins passe également par une diminution de la charge de travail. Cette charge de travail s'explique en grande partie par un manque crucial de médecins dans certains territoires.

L'exercice en groupe permet en partie d'y remédier mais malheureusement, la baisse constante du nombre de médecins généralistes depuis plusieurs années crée davantage de déserts médicaux.

Ni l'augmentation du numerus clausus, ni les différentes incitations financières n'ont permis d'inverser la tendance.

A l'avenir, il serait intéressant de se pencher sur l'impact propre des déserts médicaux sur la qualité de vie des médecins généralistes.

Bibliographie

1. Rougeron C. La médecine générale en France de la révolution à aujourd'hui : la métamorphose. *Ethics Med Public Health*. 1 avr 2015;1(2):283-8.
2. Convention nationale. Décrets prononcés dans la séance du 15 septembre 1793, l'an second de la République. 348.
Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9679841p/f1.item#>
3. Convention nationale. Décrets prononcés dans la séance du 8 août 1793, l'an second de la République. 311.
Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k9672712f>
4. Loi du 10 mars 1803 relative à l'exercice de la médecine. *Trib Santé*. 2019;59(1):125-125.
5. Roland R. Les Médecins et la loi du 30 novembre 1892, étude historique et juridique sur l'organisation de la profession médicale et sur ses conditions d'exercice. *Rev Bi-Mens Législation Jurisprud*. 1893;
Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1269140z>
6. Schweyer FX, Vigneron E, Aita JP. Histoire et démographie médicales. *Actual Doss En Santé Publique*. sept 2000;(32).
7. Légifrance. Décret relatif à l'organisation et au fonctionnement de la sécurité sociale.60-452 mai 12, 1960. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/securePrint?token=fjhz8LOFE5EnMsi5K8As>
8. Suhard V. Historique des conventions médicales. 2022.
9. Légifrance. Ordonnance relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale. 58-1373 déc 30, 1958.
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886688/1958-12-31/>
10. Mercat FX. Le stage des étudiants en médecine chez le praticien. 1999 juin.
11. Légifrance. Décret N° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. 97-495 mai 16, 1997.
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000381745>
12. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale : Situation 1er janvier 2023. 2023 juin 7. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_presentation_atlas_2023.pdf
13. Babinet O, Isnard Bagnis. Qu'est-ce qu'un désert médical géographique ? Les déserts médicaux en question(s). Rennes: Presses de l'EHESP; 2021. p. 7-23. (Débats Santé Social).
Disponible sur: <https://www-cairn-info.bases-doc.univ-lorraine.fr/les-deserts-medicaux-en-questions--9782810907595-page-7.htm>

14. Data.gouv. Définition : L'accessibilité potentielle localisée (APL).
Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/laccessibilite-potentielle-localisee-apl/>
15. Rojouan B. Rapport d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale, sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins ». 2022 mars. Report No.: 589.
Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>
16. Légifrance. Code de la santé publique. Chapitre III bis : Maisons de santé. Article L6323-3. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000017744180/
17. Imbaud C, Garassus P, André JM, Langevin F. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. Santé Publique. 2016;28(5):555-68.
18. Légifrance. Loi du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. 2007-1786 déc 19, 2007.
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000017726554>
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. Etudes et Résultats. oct 2022;(1244).
Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
20. Ray M, Bourgueil Y, Sicotte C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles : un modèle organisationnel au carrefour de multiples logiques. Rev Fr Aff Soc. 2020;(1):57-77.
21. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Etudes et Résultats. juin 2010;(731).
22. Conseil national de l'ordre des médecins. La santé des médecins : Un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. 2018.
23. Catteau A. Etat de santé et suivi médical des médecins généralistes libéraux des Hauts De France. Université de Picardie; 2023.
24. Ruževičius J. Qualité de vie: notion globale et recherche en la matière. Int Bus. 2013;4(2).
25. Organisation mondiale de la santé. Définition de la constitution.
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>
26. Leplège A. De la santé perceptuelle à la qualité de vie : évolution conceptuelle et enjeux épistémologiques. In: Bacro F, éditeur. La qualité de vie : Approches psychologiques. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2014. p. 15-23. (Psychologies).
Disponible sur: <https://books.openedition.org/pur/61235>

27. Légifrance. Accord du 15 décembre 2016 relatif à la qualité de vie au travail. 2016. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/conv_coll/article/KALIARTI000035232856#
28. Guidance for industry: patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims: draft guidance. Health Qual Life Outcomes. 11 oct 2006;4:79.
29. Mercier M, Schraub S. Qualité de vie : quels outils de mesure ?, Dogmes et doutes. Deauville, France: Datebe SAS; 2005. p. 418-23. Disponible sur: <https://hal.science/hal-03574948>
30. Leplège A, Coste J. Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : Méthodes et applications. ESTEM. 2001.
31. Amarenco G, Bayle B, Lagauche D, Lapeyre E, Ismael SS. Construction et validation des échelles de qualité de vie. Ann Réadapt Médecine Phys. 1 juill 2000;43(6):263-9.
32. 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. Université Henri Poincaré; 2003. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732209>
33. Lemaignan E. La qualité de vie des médecins généralistes exerçant en ambulatoire est-elle meilleure chez les médecins salariés que chez les médecins libéraux en région Auvergne-Rhône-Alpes ?. Université Claude Bernard Lyon 1; 2017. Disponible sur: <http://www.centres-sante-auvergnerhonealpes.org/production/wp-content/uploads/2017/06/Thèse-E.LEMAIGNAN-QdV-des-MG.pdf>
34. Liegeois A, Georget M. Burn-out et qualité de vie chez les médecins généralistes français en 2019: existe-t-il un lien? Université de Bordeaux; 2019.
35. Légifrance. Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158>
36. Druais PL. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé. 2015 mars.
37. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2022;
38. Direction générale de l'offre de soins. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2012. Les centres de santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>
39. Institut national de la statistique et des études économiques. Définition - Densité médicale | Insee. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1615>

40. Direction de la sécurité sociale. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale. 2023 mai.
Disponible sur: https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Maladie/PLACSS_REPSS%202022_Maladie.pdf
41. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ? Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? Un outil de projection d'effectifs de médecins. 2018;
42. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : Un engagement collectif. 18 sept 2018;
Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
43. Délégation à l'information et à la communication. Plan d'action 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles. juin 2023;
44. Légifrance. Loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. 2005-1579 déc 19, 2005.
Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000815414>
45. Brousse C, Boisaubert B. La qualité de vie et ses mesures. Rev Médecine Interne. 1 juill 2007;28(7):458-62.
46. Haute autorité de santé. Évaluation des technologies de santé à la HAS : place de la qualité de vie.
47. Baumann C, Erpelding ML, Perret-Guillaume C, Gautier A, Régat S, Collin JF, et al. Health-related quality of life in French adolescents and adults: norms for the DUKE Health Profile. BMC Public Health. 27 mai 2011;11:401.
48. Guillemin F, Paul-Dauphin A, Virion JM, Bouchet C, Briançon S. Le profil de santé de DUKE : Un instrument générique de mesure de la qualité de vie lié à la santé. Santé Publique. 1997;(1):35-44.
49. Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques. Les facteurs psychosociaux au travail : Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003. Prem Synthèses. mai 2008;(22.1).
Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/questionnaire-dares-karasek.pdf>
50. Langevin, Boini. Job Content Questionnaire (JCQ). Questionnaire dit de Karasek. Réf En Santé Au Trav. mars 2023;(173).
Disponible sur: <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=FRPS%202>
51. Conseil national de l'ordre des médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. 2019.
52. Kasmi I. Impact des maisons de santé pluridisciplinaires dans la vie et la pratique des médecins généralistes en Normandie orientale. Université de Rouen; 2018.

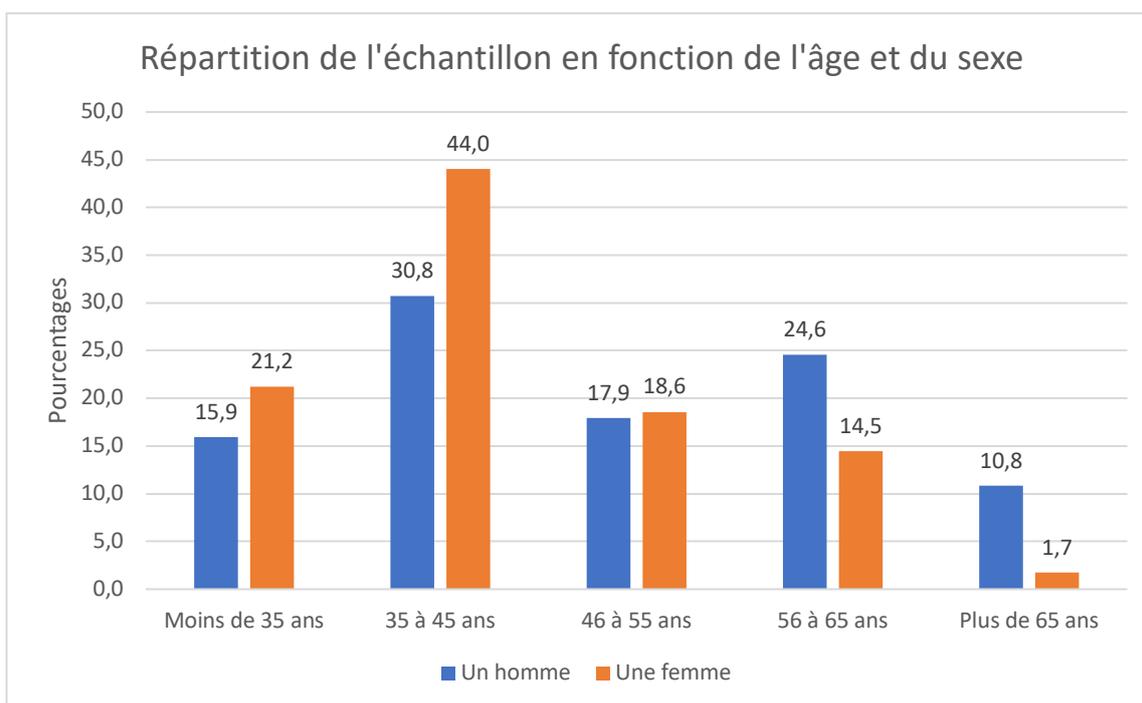
Annexes

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon (N=1206)

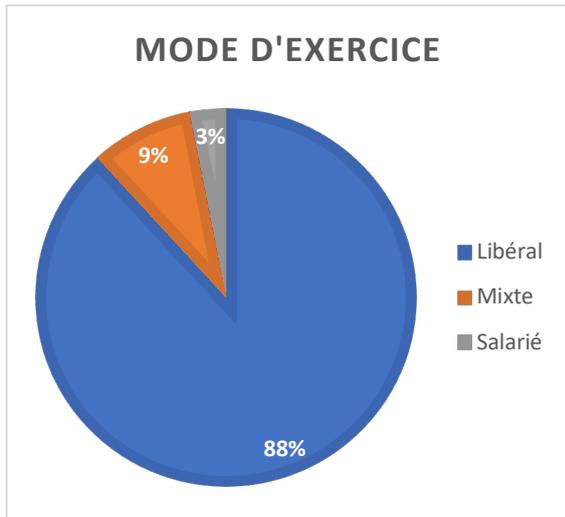
Caractéristiques	n (%)
Sexe	
Homme	452 (37,5)
Femme	754 (62,5)
Âge	
Moins de 35 ans	232 (19,2)
35 à 45 ans	471 (39,1)
46 à 55 ans	221 (18,3)
56 à 65 ans	220 (18,2)
Plus de 65 ans	62 (5,2)
Lieu d'exercice	
Rural	253 (21,0)
Semi-rural	499 (41,4)
Urbain	454 (37,6)
Mode d'exercice	
Salarié	36 (3,0)
Libéral	1063 (88,1)
Mixte	106 (8,8)
Autre	1 (0,1)
Travail en groupe	
Oui	978 (81,1)
Non	228 (18,9)
Si oui, type de structure	
Monodisciplinaire (uniquement des médecins généralistes)	412 (42,1)
Pluridisciplinaire (uniquement des médecins de diverses spécialités)	36 (3,7)
Pluriprofessionnelle (avec d'autres professionnels de santé)	530 (54,2)
Si exercice pluri professionnel, exercice en MSP	
Oui	299 (56,4)
Non	231 (43,6)
Présence d'un secrétariat	
Oui	936 (77,6)
Non	270 (22,4)
Si oui, type de secrétariat	
Physique	474 (50,6)
A distance	202 (21,6)
Les deux	260 (27,8)
Si secrétariat physique, nombre de secrétaires	
1	232 (48,9)
2	173 (36,5)
Plus de 2	69 (14,6)
Si secrétariat mixte, le secrétariat à distance s'occupe de la prise de RDV et le secrétariat physique s'occupe de :	
L'accueil du patient	219 (84,2)
La gestion du dossier du patient	170 (65,4)
La facturation	23 (8,8)
Le prise de RDV également	227 (87,3)
Autre	97 (37,3)
Changement récent du mode ou du lieu d'exercice	
Oui	186 (15,4)
Non	1020 (84,6)
Si changement du mode d'exercice, type d'exercice actuel	
Passé du salariat au libéral	12 (6,5)

Passé du libéral au salariat	9 (4,8)
Passé dans un mode mixte	11 (5,9)
Passé de remplaçant à une installation en libéral	36 (19,4)
Passé de remplaçant à une installation salariée	4 (2,1)
Passé de remplaçant à un mode mixte	8 (4,3)
Non concerné	106 (57,0)
Si changement du lieu d'exercice, lieu d'exercice actuel	
Rural	20 (10,8)
Semi-rural	38 (20,4)
Urbain	35 (18,8)
Non concerné	93 (50,0)
Si changement, perception d'une modification de la qualité de vie	
Grande amélioration	27 (14,5)
Assez grande amélioration	68 (36,6)
Pas de changement	39 (21,0)
Légère dégradation	33 (17,7)
Grande dégradation	19 (10,2)

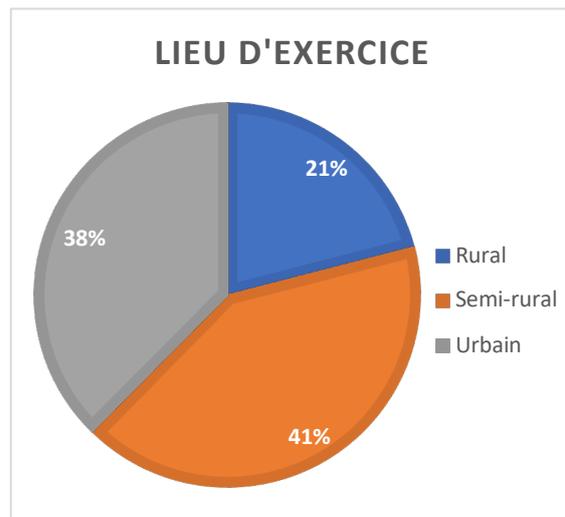
Graphique 1 : Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe



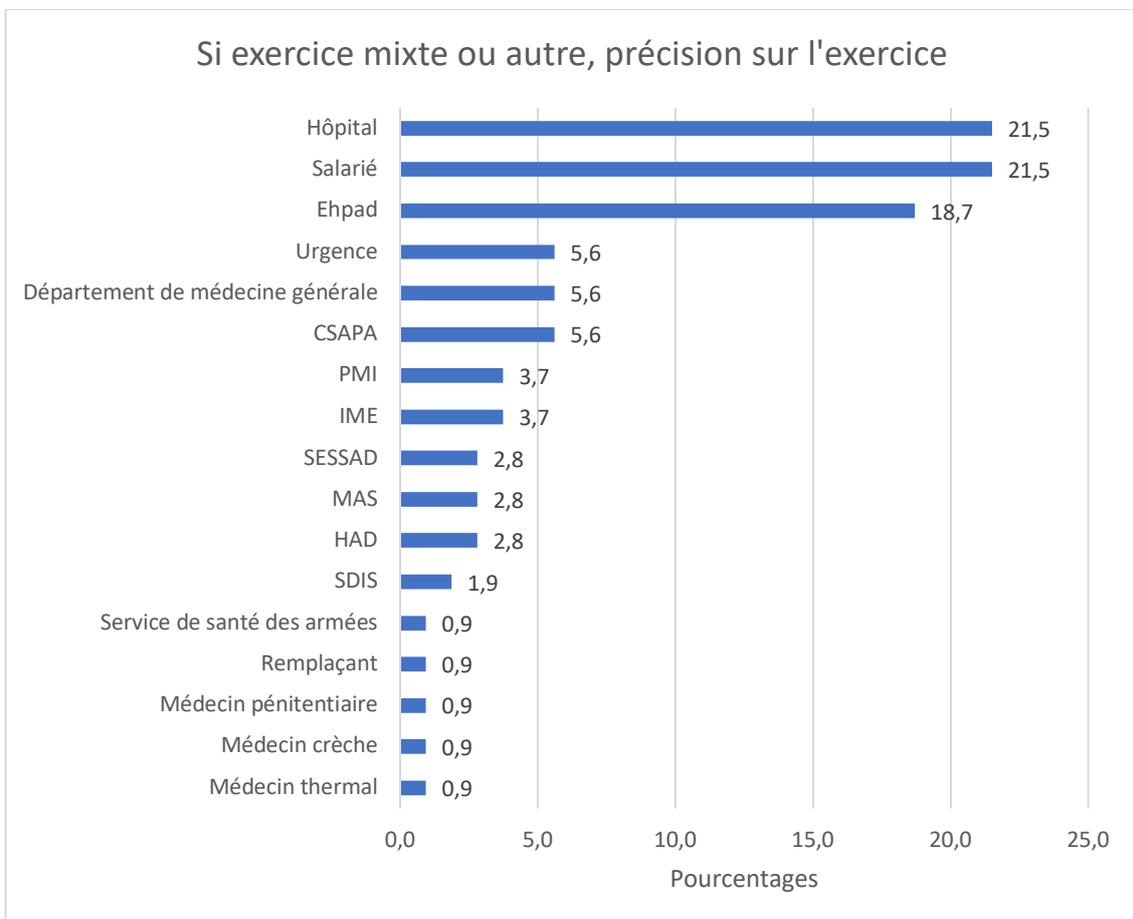
Graphique 2 : Mode d'exercice des médecins.



Graphique 3 : Lieux d'exercice des médecins.



Graphique 4 : Type d'exercice si exercice mixte ou autre



Graphique 5 : Répartition du travail en groupe et du type de structure

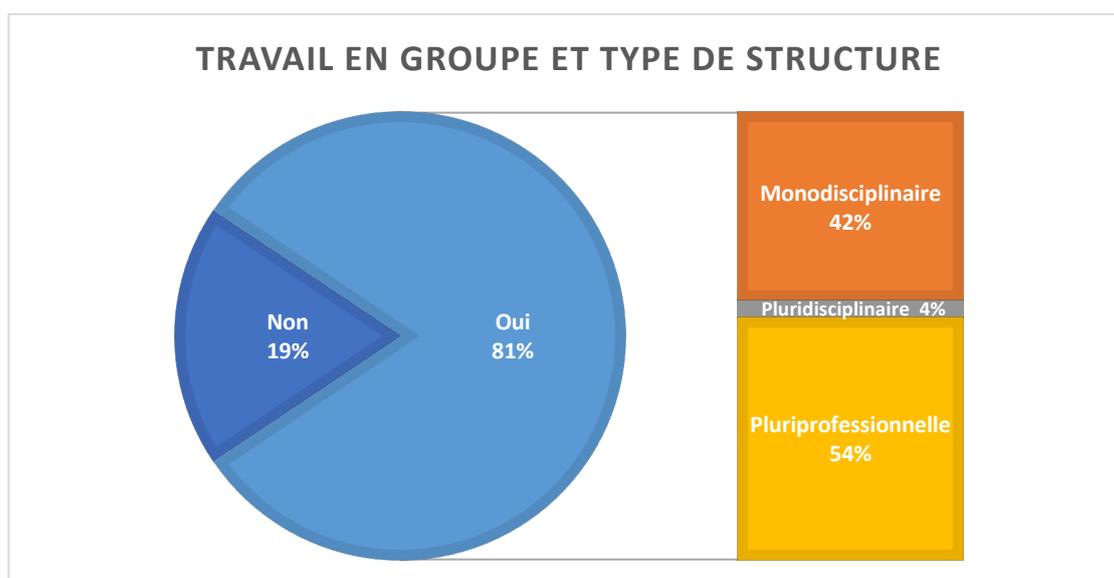


Tableau 2. Résultats du profil de santé de Duke en fonction du type d'installation (N=1206)

	Seul n = 228	Monodisciplinaire n = 412	Pluridisciplinaire n = 36	MSP n = 299	Pluriprofessionnel hors MSP n = 231
Scores de Duke	Moy. (±ET)	Moy. (±ET)	Moy. (±ET)	Moy. (±ET)	Moy. (±ET)
Santé physique	68,7 (± 22,7)	71,8 (± 19,8)	72,8 (± 21,6)	72,1 (± 19,7)	68,9 (± 21,4)
Santé mentale	72,7 (± 22,0)	70,7 (± 23,2)	58,6 (± 28,0)	72,0 (± 21,5)	68,7 (± 22,6)
Santé sociale	62,5 (± 20,9)	71,1 (± 20,0)	66,7 (± 21,0)	69,3 (± 20,7)	66,2 (± 21,0)
Santé générale	68,0 (± 18,0)	71,2 (± 16,9)	66,1 (± 19,4)	71,1 (± 16,6)	67,9 (± 18,2)
Santé perçue	67,5 (± 36,0)	73,8 (± 32,8)	70,8 (± 32,5)	71,6 (± 33,2)	73,4 (± 31,5)
Estime de soi	71,7 (± 20,2)	75,2 (± 20,2)	64,2 (± 22,3)	73,9 (± 21,0)	71,2 (± 22,4)
Anxiété	40,7 (± 18,4)	40,2 (± 17,6)	47,9 (± 20,6)	40,7 (± 17,8)	43,7 (± 17,9)
Dépression	27,6 (± 22,3)	28,7 (± 22,2)	37,5 (± 28,7)	28,0 (± 21,4)	31,5 (± 22,7)
Douleur	44,3 (± 32,7)	41,4 (± 32,6)	29,2 (± 30,2)	38,0 (± 32,1)	41,3 (± 34,1)
Incapacité	2,2 (± 10,3)	1,7 (± 10,9)	2,8 (± 16,7)	4,5 (± 18,0)	2,8 (± 14,8)

Tableau 3. Résultats du questionnaire de Karasek en fonction du type d'installation (N=1020)

Questionnaire de Karasek	Seul	Monodisciplinaire	Pluridisciplinaire	MSP	Pluriprofessionnel hors MSP
	n = 191	n = 339	n = 31	n = 261	n = 198
	n(%) / moy. (±ET)	n(%) / moy. (±ET)	n(%) / moy. (±ET)	n(%) / moy. (±ET)	n(%) / moy. (±ET)
Demande psychologique	24,0 (± 4,8)	25,3 (± 4,6)	26,9 (± 4,2)	25,0 (± 4,8)	25,3 (± 4,8)
Forte demande psychologique (>20)	148 (77,5)	292 (86,1)	29 (93,5)	213 (81,6)	164 (82,8)
Latitude décisionnelle	73,9 (± 8,5)	75,0 (± 8,9)	71,8 (± 8,4)	76,8 (± 8,6)	75,9 (± 8,4)
Faible latitude décisionnelle (<71)	67 (35,1)	106 (31,3)	16 (51,6)	60 (23,0)	58 (29,3)
Situation de Job Strain	56 (29,3)	97 (28,6)	16 (51,6)	48 (18,4)	52 (26,3)

Tableau 4. Corrélations entre les différentes mesures de la qualité de vie

Scores de QdV	Echelle Visuelle Analogique		
	Coeff. Corrélation	IC95%	p-value
Profil de santé de Duke			
Santé physique	0,52	[0,47 ; 0,56]	< 0,001
Santé mentale	0,63	[0,60 ; 0,67]	< 0,001
Santé sociale	0,49	[0,44 ; 0,53]	< 0,001
Santé générale	0,67	[0,64 ; 0,71]	< 0,001
Santé perçue	0,50	[0,45 ; 0,54]	< 0,001
Estime de soi	0,58	[0,54 ; 0,62]	< 0,001
Anxiété	-0,52	[-0,56 ; -0,48]	< 0,001
Dépression	-0,59	[-0,62 ; -0,55]	< 0,001
Douleur	-0,31	[-0,36 ; -0,26]	< 0,001
Incapacité	-0,15	[-0,20 ; -0,09]	< 0,001
Questionnaire de Karasek			
Demande psychologique	- 0,43	[- 0,48 ; - 0,38]	< 0,001
Latitude décisionnelle	0,40	[0,35 ; 0,45]	< 0,001

Tableau 5. Comparaison des résultats du profil de santé de Duke en fonction du type d'installation, groupe référence MSP (N=1206)

Profil de santé de Duke	Monodisciplinaire		Pluridisciplinaire		Seul		Pluriprofessionnel hors MSP	
	n = 412		n = 36		n = 228		n = 231	
	β [IC 95%] *	p-value	β [IC 95%] *	p-value	β [IC 95%] *	p-value	β [IC 95%] *	p-value
Santé physique								
Modèle brut	-0,23 [-3,31 ; 2,85]	0,884	0,70 [-6,46 ; 7,86]	0,847	-3,39 [6,96 ; 0,18]	0,063	-3,20 [-6,75 ; 0,36]	0,078
Modèle ajusté [§]	-0,02 [-3,16 ; 3,12]	0,991	0,82 [-6,36 ; 8,00]	0,822	-2,32 [-6,24 ; 1,60]	0,246	-2,83 [-6,42 ; 0,77]	0,123
Santé mentale								
Modèle brut	-1,29 [-4,66 ; 2,08]	0,451	-13,36 [-21,19 ; -5,54]	< 0,001	0,75 [-3,15 ; 4,65]	0,707	-3,27 [-7,16 ; 0,61]	0,099
Modèle ajusté [§]	-0,88 [-4,28 ; 2,52]	0,611	-12,71 [-20,48 ; -4,94]	0,001	-2,27 [-6,52 ; 1,97]	0,294	-2,20 [-6,09 ; 1,68]	0,266
Santé sociale								
Modèle brut	1,88 [-1,19 ; 4,94]	0,230	-2,60 [-9,72 ; 4,52]	0,474	-6,72 [-10,27 ; 3,17]	< 0,001	-3,07 [-6,61 ; 0,46]	0,088
Modèle ajusté [§]	1,81 [-1,32 ; 4,94]	0,257	-3,46 [-10,62 ; 3,69]	0,342	-6,20 [-10,10 ; -2,29]	0,001	-2,96 [-6,54 ; 0,62]	0,105
Santé générale								
Modèle brut	0,10 [-2,48 ; 2,69]	0,938	-5,03 [-11,04 ; 0,98]	0,101	-3,12 [-6,11 ; -0,12]	0,035	-3,21 [-6,19 ; -0,23]	0,041
Modèle ajusté [§]	0,29 [-2,35 ; 2,93]	0,829	-5,06 [-11,09 ; 0,97]	0,100	-3,61 [-6,90 ; -0,31]	0,032	-2,69 [-5,71 ; 0,33]	0,081
Santé perçue								
Modèle brut	2,21 [-2,74 ; 7,18]	0,381	-0,74 [-12,26 ; 10,78]	0,900	-4,03 [-9,77 ; 1,71]	0,169	1,80 [-3,92 ; 7,53]	0,536
Modèle ajusté [§]	2,90 [-2,17 ; 7,97]	0,262	-0,63 [-12,22 ; 10,95]	0,915	-3,61 [-9,94 ; 2,72]	0,264	2,31 [-3,49 ; 8,11]	0,434
Estime de soi								
Modèle brut	1,34 [-1,77 ; 4,45]	0,399	-9,71 [-16,94 ; -2,48]	0,008	-2,17 [-5,77 ; 1,43]	0,238	-2,71 [-6,29 ; 0,88]	0,139
Modèle ajusté [§]	1,62 [-1,56 ; 4,80]	0,318	-9,82 [-17,08 ; -2,56]	0,008	-3,20 [-7,17 ; 0,76]	0,113	-2,14 [-5,78 ; 1,49]	0,247
Anxiété								
Modèle brut	-0,56 [-3,24 ; 2,12]	0,682	7,13 [0,92 ; 13,36]	0,025	-0,60 [-3,70 ; 2,49]	0,702	3,02 [-0,06 ; 6,11]	0,050
Modèle ajusté [§]	-0,56 [-3,29 ; 2,17]	0,686	6,72 [0,49 ; 12,96]	0,034	1,61 [-1,79 ; 5,01]	0,355	2,61 [-0,51 ; 5,73]	0,101
Dépression								
Modèle brut	0,71 [-2,62 ; 4,04]	0,676	9,47 [1,74 ; 17,21]	0,017	-0,43 [-4,29 ; 3,42]	0,823	3,49 [-0,35 ; 7,33]	0,075
Modèle ajusté [§]	0,77 [-2,63 ; 4,17]	0,658	9,23 [1,46 ; 16,99]	0,020	2,16 [-2,08 ; 6,40]	0,317	3,01 [-0,88 ; 6,89]	0,129
Douleur								
Modèle brut	3,42 [-1,45 ; 8,30]	0,169	-8,79 [-20,12 ; 2,53]	0,128	6,34 [0,69 ; 11,98]	0,028	3,38 [-2,24 ; 9,01]	0,238
Modèle ajusté [§]	3,04 [-1,93 ; 8,02]	0,231	-8,69 [-20,06 ; 2,68]	0,134	4,05 [-2,16 ; 10,26]	0,201	3,15 [-2,54 ; 8,84]	0,278
Incapacité								
Modèle brut	-2,81 [-4,87 ; -0,76]	0,007	-1,73 [-6,52 ; 3,05]	0,476	-2,32 [-4,70 ; 0,06]	0,056	-1,70 [-4,08 ; 0,67]	0,160
Modèle ajusté [§]	-3,11 [-5,22 ; -1,00]	0,271	-2,13 [-6,96 ; 2,69]	0,004	-1,51 [-4,15 ; 1,13]	0,082	-2,14 [-4,55 ; 0,28]	0,386

*Modèles de régression linéaire avec le fait de travailler en MSP comme groupe de référence

§ Ajustement sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et la présence d'un secrétariat

En gras : p < 0,05

Tableau 6. Scores du profil de santé de DUKE de l'échantillon d'étude en fonction du sexe et de la classe d'âge. (N=1206)

	Hommes						Femmes						Total
	< 35 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 65 ans	> 65 ans	Total	< 35 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 65 ans	> 65 ans	Total	
	n = 72	n = 139	n = 81	n = 111	n = 49	n = 452	n = 160	n = 332	n = 140	n = 109	n = 13	n = 754	N = 1 206
Scores de Duke	Moy. (±ET)												
Santé physique	76,9 (± 17,7)	74,8 (± 20,3)	71,6 (± 20,6)	73,0 (± 22,7)	68,8 (± 23,6)	73,5 (± 21,0)	69,8 (± 19,8)	71,1 (± 19,7)	68,6 (± 19,9)	63,3 (± 22,7)	66,9 (± 22,9)	69,1 (± 20,4)	70,8 (± 20,7)
Santé mentale	72,2 (± 19,3)	71,4 (± 24,6)	69,5 (± 23,3)	76,0 (± 20,8)	87,1 (± 15,8)	74,0 (± 22,3)	67,2 (± 24,6)	68,0 (± 22,7)	68,6 (± 21,5)	71,1 (± 21,6)	80,8 (± 18,0)	68,6 (± 22,7)	70,6 (± 22,7)
Santé sociale	70,4 (± 20,0)	66,5 (± 23,1)	61,5 (± 19,9)	69,3 (± 20,4)	72,4 (± 20,9)	67,6 (± 21,3)	71,8 (± 20,5)	68,8 (± 20,3)	67,4 (± 20,0)	62,2 (± 20,5)	69,2 (± 19,8)	68,2 (± 20,5)	68,0 (± 20,8)
Santé générale	73,2 (± 15,1)	70,9 (± 19,2)	67,6 (± 18,2)	72,8 (± 16,9)	76,2 (± 15,3)	71,7 (± 17,5)	69,6 (± 17,9)	69,3 (± 17,3)	68,2 (± 16,1)	65,5 (± 17,5)	72,2 (± 17,3)	68,6 (± 17,3)	69,8 (± 17,4)
Santé perçue	79,2 (± 30,0)	72,7 (± 33,1)	66,7 (± 31,6)	73,0 (± 34,9)	72,4 (± 35,4)	72,7 (± 33,1)	75,0 (± 34,6)	74,4 (± 31,9)	68,9 (± 30,9)	61,0 (± 36,9)	65,4 (± 37,6)	71,4 (± 33,4)	71,9 (± 33,3)
Estime de soi	75,1 (± 19,9)	71,7 (± 24,3)	68,5 (± 22,4)	76,8 (± 18,7)	81,8 (± 18,3)	74,0 (± 21,6)	73,9 (± 20,5)	72,8 (± 21,0)	73,0 (± 19,8)	68,7 (± 20,0)	76,9 (± 20,6)	72,6 (± 20,5)	73,1 (± 21,0)
Anxiété	43,5 (± 17,3)	39,8 (± 19,8)	39,3 (± 17,0)	38,0 (± 18,8)	31,7 (± 16,8)	39,0 (± 18,5)	44,2 (± 18,9)	42,6 (± 17,2)	42,3 (± 16,5)	40,6 (± 18,0)	39,1 (± 18,9)	42,5 (± 17,6)	41,2 (± 18,0)
Dépression	27,6 (± 20,6)	27,6 (± 24,5)	27,8 (± 21,4)	24,5 (± 21,0)	18,8 (± 18,1)	25,1 (± 22,0)	33,6 (± 24,0)	30,8 (± 22,5)	29,9 (± 20,3)	30,3 (± 22,9)	25,4 (± 19,8)	31,1 (± 22,5)	29,1 (± 22,4)
Douleur	29,2 (± 31,1)	36,3 (± 30,0)	43,2 (± 35,1)	41,4 (± 31,5)	45,9 (± 33,6)	38,7 (± 32,2)	39,1 (± 34,0)	38,4 (± 33,3)	46,8 (± 33,0)	51,4 (± 29,2)	34,6 (± 31,5)	41,9 (± 33,1)	40,7 (± 32,8)
Incapacité	0,7 (± 5,9)	1,8 (± 9,3)	1,2 (± 7,8)	2,3 (± 14,1)	0,0 (± 0,0)	1,4 (± 9,6)	4,4 (± 18,1)	4,2 (± 17,7)	1,4 (± 10,3)	2,3 (± 10,5)	7,7 (± 18,8)	3,5 (± 15,8)	2,7 (± 13,8)

Tableau 7. Scores du profil de santé de DUKE de la population en MSP, en fonction du sexe et de la classe d'âge. (N=299)

Scores de Duke	Hommes						Femmes						Total
	< 35 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 65 ans	> 65 ans	Total	< 35 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 65 ans	> 65 ans	Total	
	n = 24	n = 37	n = 18	n = 21	n = 8	n = 108	n = 59	n = 81	n = 33	n = 15	n = 3	n = 191	N = 299
	Moy. (±ET)												
Santé physique	79,2 (± 15,6)	73,5 (± 19,5)	81,1 (± 18,1)	71,4 (± 30,0)	66,3 (± 21,3)	75,1 (± 21,2)	70,7 (± 17,1)	73,2 (± 19,4)	66,7 (± 16,5)	60,0 (± 21,4)	80,0 (± 10,0)	70,4 (± 18,6)	72,1 (± 19,7)
Santé mentale	72,1 (± 18,9)	70,0 (± 24,5)	76,1 (± 17,5)	75,7 (± 20,4)	95,0 (± 7,6)	74,4 (± 21,2)	67,5 (± 24,2)	72,6 (± 19,4)	73,9 (± 20,0)	60,0 (± 23,0)	93,3 (± 11,5)	70,6 (± 21,6)	72,0 (± 21,5)
Santé sociale	75,0 (± 20,6)	66,8 (± 21,1)	68,9 (± 20,3)	68,1 (± 22,7)	80,0 (± 20,7)	70,2 (± 21,2)	71,0 (± 21,3)	69,8 (± 18,7)	66,7 (± 23,0)	57,3 (± 19,8)	76,7 (± 15,3)	68,7 (± 20,5)	69,3 (± 20,7)
Santé générale	75,5 (± 13,7)	70,1 (± 18,5)	75,4 (± 16,9)	71,8 (± 19,6)	80,4 (± 11,9)	73,3 (± 17,1)	69,7 (± 16,4)	71,9 (± 15,4)	69,1 (± 16,3)	59,1 (± 17,0)	83,3 (± 8,5)	69,9 (± 16,2)	71,1 (± 16,6)
Santé perçue	79,2 (± 29,2)	75,7 (± 34,6)	75,0 (± 25,7)	66,7 (± 36,5)	62,5 (± 35,4)	73,6 (± 32,4)	72,9 (± 37,5)	74,1 (± 31,7)	66,7 (± 29,8)	50,0 (± 32,7)	66,7 (± 28,9)	70,4 (± 33,7)	71,6 (± 33,2)
Estime de soi	75,8 (± 19,3)	71,1 (± 25,8)	72,2 (± 19,3)	73,3 (± 20,8)	87,5 (± 14,9)	74,0 (± 21,8)	74,1 (± 20,6)	74,3 (± 19,2)	75,8 (± 23,6)	62,7 (± 19,4)	90,0 (± 17,3)	73,8 (± 20,6)	73,9 (± 21,0)
Anxiété	41,8 (± 16,3)	38,9 (± 18,3)	33,3 (± 18,2)	36,9 (± 20,8)	26,0 (± 12,9)	37,3 (± 18,2)	44,5 (± 19,1)	40,4 (± 15,7)	42,5 (± 16,3)	50,1 (± 19,5)	36,0 (± 19,1)	42,7 (± 17,3)	40,7 (± 17,8)
Dépression	26,7 (± 18,6)	28,9 (± 25,3)	18,3 (± 19,5)	24,3 (± 22,3)	17,5 (± 11,6)	24,9 (± 21,6)	33,2 (± 21,8)	26,4 (± 20,2)	28,2 (± 17,8)	41,3 (± 26,4)	13,3 (± 5,8)	29,8 (± 21,1)	28,0 (± 21,4)
Douleur	22,9 (± 29,4)	39,2 (± 29,2)	30,6 (± 30,4)	38,1 (± 38,4)	50,0 (± 0,0)	34,7 (± 30,9)	39,0 (± 36,0)	37,7 (± 32,1)	42,4 (± 25,4)	50,0 (± 32,7)	33,3 (± 57,7)	39,8 (± 32,7)	38,0 (± 32,1)
Incapacité	0,0 (± 0,0)	2,7 (± 11,5)	0,0 (± 0,0)	9,5 (± 30,1)	0,0 (± 0,0)	2,8 (± 15,0)	5,9 (± 20,9)	6,2 (± 21,5)	1,5 (± 8,7)	6,7 (± 17,6)	16,7 (± 28,9)	5,5 (± 19,4)	4,5 (± 18,0)

Tableau 8. Scores du profil de santé de DUKE de la population hors MSP, en fonction du sexe et de la classe d'âge. (N=907)

Scores de Duke	Hommes						Femmes						Total
	< 35 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 65 ans	> 65 ans	Total	< 35 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 65 ans	> 65 ans	Total	
	n = 48	n = 102	n = 63	n = 90	n = 41	n = 344	n = 101	n = 251	n = 107	n = 94	n = 10	n = 563	N = 907
Santé physique	75,8 (± 18,7)	75,3 (± 20,7)	68,9 (± 20,6)	73,3 (± 20,8)	69,3 (± 24,2)	73,0 (± 20,9)	69,2 (± 21,2)	70,4 (± 19,8)	69,2 (± 20,9)	63,8 (± 23,0)	63,0 (± 24,5)	68,7 (± 21,0)	70,3 (± 21,0)
Santé mentale	72,3 (± 19,7)	71,9 (± 24,7)	67,6 (± 24,5)	76,1 (± 21,0)	85,6 (± 16,6)	73,9 (± 22,7)	67,1 (± 25,0)	66,5 (± 23,5)	66,9 (± 21,8)	72,9 (± 21,0)	77,0 (± 18,3)	68,0 (± 23,0)	70,2 (± 23,1)
Santé sociale	68,1 (± 19,4)	66,5 (± 23,8)	59,4 (± 19,5)	69,6 (± 19,9)	71,0 (± 20,8)	66,7 (± 21,4)	72,2 (± 20,1)	68,4 (± 20,8)	67,7 (± 19,2)	63,0 (± 20,6)	67,0 (± 21,1)	68,0 (± 20,5)	67,5 (± 20,8)
Santé générale	72,1 (± 15,8)	71,2 (± 19,5)	65,3 (± 18,1)	73,0 (± 16,3)	75,3 (± 15,9)	71,2 (± 17,7)	69,5 (± 18,7)	68,4 (± 17,9)	67,9 (± 16,1)	66,6 (± 17,4)	68,9 (± 18,1)	68,2 (± 17,6)	69,4 (± 17,7)
Santé perçue	79,2 (± 30,7)	71,6 (± 32,6)	64,3 (± 32,9)	74,4 (± 34,5)	74,4 (± 35,6)	72,4 (± 33,4)	76,2 (± 32,9)	74,5 (± 32,1)	69,6 (± 31,3)	62,8 (± 37,3)	65,0 (± 41,2)	71,8 (± 33,4)	72,0 (± 33,4)
Estime de soi	74,8 (± 20,3)	72,0 (± 23,8)	67,5 (± 23,3)	77,7 (± 18,2)	80,7 (± 18,9)	74,1 (± 21,6)	73,9 (± 20,5)	72,3 (± 21,6)	72,1 (± 18,6)	69,7 (± 20,0)	73,0 (± 20,6)	72,1 (± 20,5)	72,9 (± 21,0)
Anxiété	44,3 (± 17,8)	40,2 (± 20,4)	41,0 (± 16,4)	38,3 (± 18,5)	32,8 (± 17,3)	39,5 (± 18,6)	44,0 (± 18,9)	43,4 (± 17,6)	42,3 (± 16,6)	39,0 (± 17,4)	40,0 (± 19,8)	42,5 (± 17,7)	41,4 (± 18,1)
Dépression	28,1 (± 21,7)	27,1 (± 24,4)	30,5 (± 21,4)	24,6 (± 20,8)	19,0 (± 19,2)	26,2 (± 22,1)	33,9 (± 25,3)	32,3 (± 23,1)	30,4 (± 21,1)	28,5 (± 21,9)	29,0 (± 21,3)	31,5 (± 22,9)	29,5 (± 22,7)
Douleur	32,3 (± 31,8)	35,3 (± 30,3)	46,8 (± 35,8)	42,2 (± 29,9)	45,1 (± 36,8)	40,0 (± 32,5)	39,1 (± 32,9)	38,6 (± 33,8)	48,1 (± 35,0)	51,6 (± 28,8)	35,0 (± 24,2)	42,6 (± 33,3)	41,6 (± 33,0)
Incapacité	1,0 (± 7,2)	1,5 (± 8,5)	1,6 (± 8,8)	0,6 (± 5,3)	0,0 (± 0,0)	1,0 (± 7,1)	3,5 (± 16,2)	3,6 (± 16,3)	1,4 (± 10,8)	1,6 (± 8,8)	5,0 (± 15,8)	2,8 (± 14,3)	2,1 (± 12,1)

Tableau 9. Comparaison des résultats du questionnaire de Karasek en fonction du type d'installation, groupe de référence : MSP (N=1020)

Questionnaire de Karasek	Monodisciplinaire		Pluridisciplinaire		Seul		Pluriprofessionnel hors MSP	
	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>
	n = 339		n = 31		n = 191		n = 198	
Demande psychologique								
Modèle brut	0,27 [-0,49 ; 1,03]	0,487	1,90 [0,15 ; 3,65]	0,034	-1,00 [-1,88 ; -0,12]	0,025	0,24 [-0,36 ; 1,11]	0,591
Modèle ajusté [§]	0,23 [-0,53 ; 1,00]	0,551	1,99 [0,24 ; 3,73]	0,026	-0,59 [-1,55 ; 0,37]	0,228	0,03 [-0,84 ; 0,91]	0,938
Latitude décisionnelle								
Modèle brut	-1,81 [-3,21 ; -0,41]	0,011	-5,03 [-8,25 ; -1,81]	0,002	-2,91 [-4,52 ; -1,29]	< 0,001	-0,92 [-2,51 ; 0,68]	0,261
Modèle ajusté [§]	-1,46 [-2,88 ; -0,04]	0,044	-4,85 [-8,07 ; -1,62]	0,003	-2,11 [-3,89 ; -0,33]	0,020	-0,61 [-2,22 ; 1,00]	0,459
	OR [IC 95%] *	<i>p-value</i>	OR [IC 95%] *	<i>p-value</i>	OR [IC 95%] *	<i>p-value</i>	OR [IC 95%] *	<i>p-value</i>
Job Strain								
Modèle brut	1,78 [1,21 ; 2,65]	0,004	4,73 [2,19 ; 10,33]	< 0,001	1,84 [1,18 ; 2,87]	0,007	1,58 [1,01 ; 2,47]	0,044
Modèle ajusté [§]	1,62 [1,09 ; 2,44]	0,019	4,81 [2,17 ; 10,75]	< 0,001	1,66 [1,02 ; 2,72]	0,043	1,41 [0,89 ; 2,24]	0,138

*Modèle de régression linéaire ou logistique avec le fait de travailler en MSP comme groupe de référence

§ Ajustement sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et la présence d'un secrétariat

En gras : $p < 0,05$

Tableau 10. Comparaison de l'évaluation de la qualité de vie globale à l'aide d'une EVA en fonction du type d'installation (N=1206)

EVA	Monodisciplinaire		Pluridisciplinaire		Seul		Pluriprofessionnel hors MSP	
	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>	β [IC 95%] *	<i>p-value</i>
	n = 412		n = 36		n = 228		n = 231	
Modèle brut	-0,03 [-0,27 ; 0,21]	0,810	-0,42 [-0,98 ; 0,14]	0,139	-0,39 [-0,67 ; -0,11]	0,006	-0,05 [-0,33 ; 0,23]	0,718
Modèle ajusté [§]	0,03 [-0,21 ; 0,27]	0,790	-0,42 [-0,98 ; 0,13]	0,136	-0,22 [-0,53 ; 0,08]	0,151	-0,01 [-0,29 ; 0,27]	0,962

*Modèles de régression linéaire avec le fait de travailler en MSP comme groupe de référence

§ Ajustement sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice et la présence d'un secrétariat

Ensemble de tableaux de régression linéaire multivariable : Type d'exercice de référence : MSP

SANTE PHYSIQUE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-2.3	-6.2, 1.6	0.2
monosciplinaire	-0.02	-3.2, 3.1	>0.9
pluridisciplinaire	0.82	-6.4, 8.0	0.8
pluropro_autre	-2.8	-6.4, 0.77	0.12
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	-5.4	-7.9, -2.9	<0.001
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	0.49	-2.8, 3.8	0.8
46 à 55 ans	-2.3	-6.1, 1.5	0.2
56 à 65 ans	-4.2	-8.2, -0.21	0.039
Plus de 65 ans	-5.3	-11, 0.71	0.084
secretariat			
Non	—	—	
Oui	1.2	-1.8, 4.2	0.4
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	-0.21	-3.4, 3.0	0.9
Urbain	1.5	-1.8, 4.8	0.4

[†] CI = Confidence Interval

SANTE MENTALE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-2.3	-6.5, 2.0	0.3
monosciplinaire	-0.88	-4.3, 2.5	0.6
pluridisciplinaire	-13	-20, -4.9	0.001
pluropro_autre	-2.2	-6.1, 1.7	0.3
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	-3.3	-6.0, -0.63	0.016
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	0.34	-3.2, 3.9	0.8
46 à 55 ans	0.35	-3.8, 4.5	0.9
56 à 65 ans	4.4	0.06, 8.7	0.047
Plus de 65 ans	16	9.0, 22	<0.001
secretariat			
Non	—	—	
Oui	0.69	-2.6, 3.9	0.7
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	-4.9	-8.3, -1.4	0.005
Urbain	-2.0	-5.5, 1.6	0.3

[†] CI = Confidence Interval

SANTE SOCIALE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-6.2	-10, -2.3	0.002
monosciplinaire	1.8	-1.3, 4.9	0.3
pluridisciplinaire	-3.5	-11, 3.7	0.3
pluropro_autre	-3.0	-6.5, 0.62	0.10
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	0.24	-2.3, 2.7	0.9
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	-3.1	-6.4, 0.14	0.061
46 à 55 ans	-5.4	-9.2, -1.5	0.006
56 à 65 ans	-4.0	-8.0, -0.03	0.048
Plus de 65 ans	2.8	-3.2, 8.8	0.4
secretariat			
Non	—	—	
Oui	0.92	-2.1, 3.9	0.5
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	-0.94	-4.1, 2.2	0.6
Urbain	3.4	0.19, 6.7	0.038

[†] CI = Confidence Interval

SANTE GENERALE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-3.6	-6.9, -0.31	0.032
monosciplinaire	0.29	-2.4, 2.9	0.8
pluridisciplinaire	-5.1	-11, 0.97	0.10
pluropro_autre	-2.7	-5.7, 0.33	0.081
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	-2.9	-5.0, -0.77	0.008
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	-0.75	-3.5, 2.0	0.6
46 à 55 ans	-2.4	-5.6, 0.82	0.14
56 à 65 ans	-1.3	-4.6, 2.1	0.5
Plus de 65 ans	4.3	-0.71, 9.4	0.092
secretariat			
Non	—	—	
Oui	0.94	-1.6, 3.5	0.5
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	-2.0	-4.7, 0.63	0.13
Urbain	0.97	-1.8, 3.7	0.5

[†] CI = Confidence Interval

SANTE PERCUE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-3.6	-9.9, 2.7	0.3
monosciplinaire	2.9	-2.2, 8.0	0.3
pluridisciplinaire	-0.63	-12, 11	>0.9
pluropro_autre	2.3	-3.5, 8.1	0.4
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	-2.7	-6.8, 1.3	0.2
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	-2.2	-7.4, 3.1	0.4
46 à 55 ans	-7.6	-14, -1.4	0.017
56 à 65 ans	-9.1	-16, -2.6	0.006
Plus de 65 ans	-6.0	-16, 3.7	0.2
secretariat			
Non	—	—	
Oui	-4.5	-9.3, 0.35	0.069
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	-5.4	-10, -0.25	0.040
Urbain	-4.1	-9.4, 1.1	0.12

[†] CI = Confidence Interval

ESTIME DE SOI

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-3.2	-7.2, 0.76	0.11
monosciplinaire	1.6	-1.6, 4.8	0.3
pluridisciplinaire	-9.8	-17, -2.6	0.008
pluropro_autre	-2.1	-5.8, 1.5	0.2
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	-0.79	-3.3, 1.7	0.5
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	-1.8	-5.1, 1.5	0.3
46 à 55 ans	-2.6	-6.4, 1.3	0.2
56 à 65 ans	-1.3	-5.3, 2.8	0.5
Plus de 65 ans	6.6	0.54, 13	0.033
secretariat			
Non	—	—	
Oui	-0.48	-3.5, 2.6	0.8
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	-4.0	-7.2, -0.77	0.015
Urbain	-0.63	-3.9, 2.7	0.7

[†] CI = Confidence Interval

ANXIETE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	1.6	-1.8, 5.0	0.4
monosciplinaire	-0.56	-3.3, 2.2	0.7
pluridisciplinaire	6.7	0.50, 13	0.034
pluropro_autre	2.6	-0.51, 5.7	0.10
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	2.4	0.21, 4.6	0.032
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	-2.3	-5.1, 0.56	0.12
46 à 55 ans	-2.8	-6.2, 0.50	0.10
56 à 65 ans	-4.4	-7.9, -0.89	0.014
Plus de 65 ans	-9.7	-15, -4.5	<0.001
secretariat			
Non	—	—	
Oui	-0.18	-2.8, 2.4	0.9
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	2.5	-0.23, 5.3	0.073
Urbain	1.0	-1.8, 3.8	0.5

[†] CI = Confidence Interval

DEPRESSION

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	2.2	-2.1, 6.4	0.3
monosciplinaire	0.77	-2.6, 4.2	0.7
pluridisciplinaire	9.2	1.5, 17	0.020
pluropro_autre	3.0	-0.88, 6.9	0.13
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	4.0	1.3, 6.7	0.004
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	-2.0	-5.6, 1.5	0.3
46 à 55 ans	-2.7	-6.8, 1.5	0.2
56 à 65 ans	-3.7	-8.0, 0.69	0.10
Plus de 65 ans	-9.6	-16, -3.1	0.004
secretariat			
Non	—	—	
Oui	0.24	-3.0, 3.5	0.9
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	2.6	-0.84, 6.0	0.14
Urbain	0.60	-2.9, 4.1	0.7

[†] CI = Confidence Interval

DOULEUR

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	4.0	-2.2, 10	0.2
monosciplinaire	3.0	-1.9, 8.0	0.2
pluridisciplinaire	-8.7	-20, 2.7	0.13
pluropro_autre	3.2	-2.5, 8.8	0.3
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	5.0	1.1, 9.0	0.013
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	1.1	-4.1, 6.2	0.7
46 à 55 ans	9.0	3.0, 15	0.004
56 à 65 ans	10	4.1, 17	0.001
Plus de 65 ans	8.9	-0.63, 18	0.067
secretariat			
Non	—	—	
Oui	0.65	-4.1, 5.4	0.8
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	0.58	-4.4, 5.6	0.8
Urbain	-1.1	-6.3, 4.1	0.7

[†] CI = Confidence Interval

INCAPACITE

Characteristic	Beta	95% CI [†]	p-value
exercice			
MSP	—	—	
Seul	-1.5	-4.1, 1.1	0.3
monosciplinaire	-3.1	-5.2, -1.0	0.004
pluridisciplinaire	-2.1	-7.0, 2.7	0.4
pluropro_autre	-2.1	-4.6, 0.28	0.083
Sexe			
Un homme	—	—	
Une femme	2.0	0.27, 3.6	0.023
Age			
Moins de 35 ans	—	—	
35 à 45 ans	0.35	-1.8, 2.5	0.8
46 à 55 ans	-1.7	-4.3, 0.87	0.2
56 à 65 ans	-0.53	-3.2, 2.2	0.7
Plus de 65 ans	-0.55	-4.6, 3.5	0.8
secretariat			
Non	—	—	
Oui	0.56	-1.5, 2.6	0.6
Lieu_exercice			
Rural	—	—	
Semi-rural	1.2	-0.89, 3.4	0.3
Urbain	2.1	-0.05, 4.3	0.056

[†] CI = Confidence Interval

RESUME DE LA THESE :

La réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 a introduit la notion de médecin traitant, renforçant considérablement le rôle du médecin généraliste en France. En tant que premier interlocuteur des patients, le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans le suivi médical, la prévention des maladies, le dépistage précoce et l'orientation vers des spécialistes si nécessaire entre autres.

Les médecins généralistes peuvent exercer de diverses manières, allant du salariat en milieu hospitalier à la prévention dans des structures privées ou de soins.

Il existe également divers types d'exercice : seul, en groupe monodisciplinaire, pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, avec les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) représentant un type particulier.

La densité médicale, exprimée en nombre de médecins pour 100 000 habitants, permet de mesurer l'offre de soins sur le territoire. Cette offre est inégale, avec des variations importantes selon les départements et un gradient Nord-Sud.

La qualité de vie des médecins généralistes est un élément clé, affectée par l'apparition des déserts médicaux.

Le but de cette étude était d'évaluer la qualité de vie des médecins généralistes en France en 2023, en fonction de leurs critères d'installation. Notre hypothèse était que la qualité de vie des médecins généralistes était globalement bonne, avec une meilleure qualité de vie pour ceux exerçant en MSP. Nous avons utilisé deux questionnaires de qualité de vie standardisé : le questionnaire DUKE et le questionnaire de Karasek, associé à une échelle visuelle analogique.

L'analyse statistique a révélé que la qualité de vie des médecins généralistes est globalement satisfaisante.

De plus l'exercice en MSP améliore la qualité de vie liée à la santé par rapport à l'exercice isolé, en particulier sur les scores de santé sociale et générale. L'exercice en groupe, monodisciplinaire ou pluridisciplinaire, présente également des avantages, bien que moins marqués que ceux observés pour les MSP.

Par ailleurs, comparativement à la population générale, les médecins généralistes ont une qualité de vie liée à la santé moins bonne, notamment sur le versant psychologique.

Enfin, l'exercice en MSP semble offrir une protection contre l'épuisement professionnel et une meilleure qualité de vie au travail, grâce à une latitude décisionnelle plus élevée et une meilleure mutualisation des compétences.

TITRE EN ANGLAIS : Estimating the quality of life of general practitioners in France

THESE : MEDECINE GENERALE - 2024

MOTS CLES : Qualité de vie, Médecin généraliste, Maison de santé pluri professionnelle, exercice coordonné

INTITULE ET ADRESSE :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de médecine, maïeutique et métiers de la santé à Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54500 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
