



HAL
open science

Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille-et-Vilaine

Feng Me Hu

► **To cite this version:**

Feng Me Hu. Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01753167

HAL Id: dumas-01753167

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01753167v1>

Submitted on 5 Jun 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

N° d'ordre :



ANNÉE 2016



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Feng Me HU

née le 4 mars 1984 à Melun

**Organisation du
temps de travail en
médecine générale**

**Etude transversale
menée auprès des
médecins
généralistes libéraux
et mixtes en Ille et
Vilaine**

**Thèse soutenue à Rennes
le 26 avril 2016**

devant le jury composé de :

Célia RAVEL

Professeur universitaire – CHU Rennes / président

Christian VERGER

Professeur universitaire – CHU Rennes / juge

Alain CAUBET

Praticien hospitalier – CHU Rennes / juge

Ronan GARLANTEZEC

Praticien hospitalier – CHU Rennes / juge

Didier MYHIÉMaître de conférences – DMG Rennes / directeur
de thèse

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
--

NOM Prénom	Affectation
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Éric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine

FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie

ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER Christian	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie ; économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Éric	Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique
WODEY Éric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	Affectation
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie ; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie ; économie de la santé et prévention
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Éric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie ; économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie

TADIÉ Jean-Marc

TATTEVIN-FABLET Françoise

TURLIN Bruno

VERDIER Marie-Clémence

VINCENT Pascal

Réanimation; médecine d'urgence

Médecine générale

Anatomie et cytologie pathologiques

Pharmacologie fondamentale; addictologie

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Ravel,

Vous me faites l'honneur de présider ma thèse, recevez ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Professeur Verger,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie profondément.

A Monsieur le Docteur Caubet,

Vous avez spontanément accepté de participer à mon jury de thèse, je vous fais part de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Garlantezec,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse. Je n'oublie pas votre aide concernant les statistiques.

A Monsieur le Docteur Myhié,

Je vous remercie d'avoir partagé cette expérience avec moi et de m'avoir aidée tout au long de ce travail.

Aux médecins ayant participé à cette enquête,

Merci d'avoir pris un peu de votre temps.

A Docteur Hubert,

Toute ma reconnaissance.

A Claudine,

Je te fais part de ma profonde gratitude. Tu m'as transmis ta passion pour la médecine générale. Merci aussi de ton soutien et de ton écoute, tu es devenue une amie chère à mes yeux.

A ma grand-mère et ma tante,

Pour tout l'amour que vous me portez, je vous aime.

A Brigitte, Catherine et Syndie,

Merci pour tout, je serai toujours là pour vous, ne l'oubliez jamais...

A mes amis du Mée, notamment Mélanie, Julien, Alexandra et Aude B ainsi qu'à mes amis de fac, notamment Yousra, Sonia, Florence et Bérangère,

Vous êtes des amis précieux, sans vous je ne serai celle que je suis devenue aujourd'hui.

A Romain,

Merci de m'avoir redonné le sourire...

TITRE EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS
--

Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès
des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilaine

Organization of working time in general medicine : cross-section study conducted among
fully private and semi-private general practitioners in Ille et Vilaine

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

Introduction

En médecine générale, la charge de travail est importante du fait de la pénurie médicale, l'accroissement et la complexification des besoins en santé. Le but de ce travail était d'établir un état des lieux sur l'organisation du temps de travail des médecins généralistes (MG), de recueillir le ressenti concernant leurs conditions de travail et enfin de proposer une organisation optimale du temps de travail.

Méthode

Une étude transversale a été réalisée, reposant sur l'envoi d'un questionnaire par voie électronique auprès de 492 MG libéraux et mixtes d'Ille et Vilaine.

Résultats

L'exploitation des 91 questionnaires remplis révélait qu'une majorité des MG exerçait en groupe (83,52%), travaillait sur rendez-vous (95,60%), avait recours à un secrétariat (90,11%), à un comptable (82,42%) et à une femme de ménage (80,22%). Sur une semaine d'activité (45,21 heures), 34,55 heures étaient consacrées aux consultations et visites, 2,39 heures aux tâches administratives et 3 heures aux tâches de gestion du cabinet. 70,33 % proclamaient maîtriser leur temps de travail et 96,70 % étaient satisfaits de leur façon de travailler. Toutefois 69,23 % écourtaient ou supprimaient leur temps de pause et 20,88 % avaient l'intention de changer leur organisation de travail.

Conclusion

Ce travail apporte des informations sur l'organisation du temps de travail des MG. Il démontre l'influence de l'évolution de la médecine générale sur cette organisation et détermine ce que pourrait être une organisation optimale en médecine générale.

RÉSUMÉ EN ANGLAIS

Introduction

The workload in general medicine has nowadays become heavier following the dearth of carers, the increase and the complexity of health needs. The aim of this research paper was to draw an estimate on how general practitioners (GPs) manage their working hours, to collect information on how they feel about their working conditions and finally to improve the management of their working hours.

Method

A cross-section study has been carried out from a questionnaire sent on the web to 492 to fully private and semi-private GPs in Ille et Vilaine.

Results

The 91 questionnaires which were filled in showed that a majority of GPs worked within a group (83,52%), they worked with patients who had taken appointments (95,60%), had secretarial staff (90,11%), an accountant (82,42%) and a cleaning lady (80,22%). During a week's practice (45,21 hours), 34,55 hours were spent on examinations of and visits to patients, 2,39 hours were spent on administrative tasks, and 3 hours were spent on managing the practice. 70,33% said they could handle their workload and 96,70% were happy with the way they worked. However, 69,23% said they shortened or cancelled their break, and 20,88% were considering changing the way they were managing their working time.

Conclusion

This research paper gives information about the management of GPs' working hours. It shows how the evolvement of general medicine influences its management and what an improved management could be in general medicine.

LISTE DES MOTS-CLÉS EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS
--

Médecine générale libérale	Private general medicine
Temps de travail	Working time
Organisation du travail	Work management
Charge de travail	Workload
Conditions de travail	Working conditions
Optimisation du temps de travail	Optimizing working time
Évolution de la médecine générale	Evolvement of general medicine
Région Ille et Vilaine	Ille et Vilaine region

TABLE DES MATIÈRES

1	Liste des abréviations.....	15
2	Introduction	16
3	Matériel et méthode.....	18
3.1	Population étudiée.....	18
3.2	Type d'étude	18
3.3	Recueil des informations	18
3.4	Analyse statistique	18
4	Résultats	21
4.1	Taux de réponse	21
4.2	Situation des médecins généralistes en Ille et Vilaine	21
4.2.1	Données démographiques et professionnelles	21
4.2.2	Recours à l'outil informatique et à un personnel	21
4.2.3	Organisation du planning	22
4.2.4	Évaluation de la charge de travail.....	23
4.2.5	Maîtrise du temps de travail	23
4.2.6	Ressenti concernant l'organisation du travail.....	24
4.2.7	Solutions envisagées	24
4.3	Les médecins généralistes s'organisent-ils différemment ?	25
4.3.1	Selon l'âge	25
4.3.2	Selon le sexe.....	26
4.3.3	Selon le type d'installation	26
4.3.4	Selon le milieu d'installation	27
4.3.5	Selon la pratique d'une autre activité professionnelle	27
4.4	Est-il possible de définir une organisation « optimale » du temps de travail en médecine générale?	28
4.4.1	Type d'installation, milieu d'installation et pratique d'une autre activité professionnelle	28
4.4.2	Recours à un personnel	28
4.4.2.1	Le secrétariat	28
4.4.2.2	Le comptable	28
4.4.2.3	La femme de ménage	28
4.4.3	Organisation du planning	28
4.4.3.1	Travail sur rendez-vous.....	28
4.4.3.2	Connaissance préalable du motif de consultation.....	29
4.4.3.3	Limitation du nombre de motifs de consultation.....	29
4.4.3.4	Présence de plages horaires libres sur le planning	29
4.4.3.5	Gestion des appels téléphoniques.....	29
4.4.4	Charge de travail.....	29

4.4.4.1	Temps de travail hebdomadaire	29
4.4.4.2	Nombre de consultations.....	30
4.4.4.3	Nombre de visites	30
4.4.4.4	Nombre de samedis	30
4.4.4.5	Temps de repos	30
5	Discussion.....	31
5.1	Comparaison entre notre panel et les médecins généralistes libéraux et mixtes en France	31
5.2	Conditions d'exercice en médecine générale	31
5.2.1	Organisation du cabinet	31
5.2.1.1	Informatisation	31
5.2.1.2	Recours à un personnel	32
5.2.1.3	Travail sur rendez-vous.....	33
5.2.2	Temps de travail.....	33
5.2.2.1	Temps de travail hebdomadaire	33
5.2.2.2	Temps de travail médical	33
5.2.2.3	Temps de travail non médical.....	34
5.2.2.4	Formation médicale et enseignement de la médecine générale	36
5.2.2.5	Congés	36
5.3	Paradoxes de la maîtrise du temps de travail et de la satisfaction	36
5.4	Impact de l'évolution de la médecine générale sur l'organisation du travail	37
5.4.1	Pénurie médicale	37
5.4.2	Nouvelle mentalité.....	37
5.4.3	Féminisation.....	38
5.4.4	Regroupement	38
5.4.5	Diversification de l'activité en médecine générale	39
5.4.6	Désertification du milieu rural	40
5.5	Proposition d'une organisation « optimale » du temps de travail des médecins généralistes	41
5.6	Forces et biais.....	45
6	Conclusion	47
7	Références bibliographiques	48
8	Liste des annexes et annexes	52

1 Liste des abréviations

ALD : Affection de longue durée

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CHGR : Centre hospitalier Guillaume Régnier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

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

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

IDE : Infirmier diplômé d'état

IMG : Interne de médecine générale

IRDES : Institut de la recherche et de documentation en économie de la santé

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MEP : Médecine à exercice particulier

MG : Médecins généralistes

ORS : Observatoire régional de santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

SAMU : Service d'aide médicale urgente

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

2 Introduction

Aujourd'hui, la médecine générale subit de profonds bouleversements notamment la pénurie médicale (1,2), la répartition inégale des médecins généralistes (MG) sur le territoire français (1), le vieillissement (1,3) et la féminisation (1,2) du corps médical ou encore la désaffection des étudiants pour cette spécialité (4).

A cela s'ajoutent de nouveaux besoins en santé. En effet, l'accroissement et le vieillissement de la population française (5,6) s'accompagnent inéluctablement d'une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques et des poly-pathologies (7), ce qui rend les consultations en médecine générale de plus en plus complexes. La diminution du temps d'hospitalisation (8), quant à elle, semble avoir une répercussion directe sur l'activité professionnelle des MG puisque ces derniers, détenant un rôle central au sein du système de santé, se doivent d'assurer la coordination et la continuité des soins en externe.

En outre, les modalités relationnelles entre le médecin et le malade ont évolué et tendent vers un modèle autonomiste avec un malade « consommateur », plus informé, plus exigeant (9,10), moins respectueux (11) et plus procédurier (12,13).

Tous ces éléments concourent à une dégradation des conditions de travail en médecine générale. Si aucune mesure n'est entreprise, il sera probablement observé une amplification de la désaffection des étudiants pour cette discipline, un risque grandissant de « burn out » (18–20), un nombre croissant de cessations d'activité précoces (21,22) et une proportion de plus en plus importante de jeunes médecins s'installant tardivement (23) ou privilégiant soit le travail à temps partiel soit le salariat.

Parallèlement l'apparition du temps de travail limité à 35 heures (loi Aubry en 2000) et le développement des loisirs (14) ont contribué aux changements des mentalités du corps médical. De ce fait, les MG ne semblent plus adhérer à l'image d'Épinal du médecin de famille disponible en permanence (15) et aspirent à un nouveau mode d'exercice.

Effectivement, il est noté un recul de l'exercice libéral (1), un exercice en groupe en pleine croissance (16), un milieu rural déserté (2) et l'apparition de médecine à exercice particulier (MEP) (17).

Dans ce contexte difficile, il devient nécessaire que le temps de travail des MG soit optimisé sans que la qualité des soins n'en soit détériorée.

L'objectif principal de cette enquête était alors d'établir un état des lieux sur l'organisation du temps de travail des MG en Ille et Vilaine et de recueillir le ressenti concernant leurs conditions de travail.

Le second objectif était de proposer une organisation « optimale » du temps de travail des MG.

3 Matériel et méthode

3.1 Population étudiée

Cette enquête a inclus les MG libéraux et mixtes installés en Ille et Vilaine (médecins remplaçants exclus).

3.2 Type d'étude

Une étude transversale a été menée du 9 mars au 6 avril 2015. Aucune randomisation n'a été réalisée afin d'obtenir un plus grand nombre de réponses.

3.3 Recueil des informations

Le questionnaire, élaboré via Google form, possédait 75 questions et se décomposait en 7 parties (Annexe 1).

Il a été testé au préalable auprès de 10 personnes dont 4 non médecins.

La durée de réponse estimée était de 15 minutes.

Les MG ne pouvaient y répondre qu'une seule fois et leurs réponses étaient anonymisées.

581 adresses électroniques de MG (dont 89 non valides) ont été récoltées via le conseil départemental de l'ordre des médecins d'Ille et vilaine.

Le questionnaire a ainsi été envoyé par voie électronique et une deuxième relance a été effectuée 15 jours plus tard.

3.4 Analyse statistique

En premier lieu, **une étude descriptive** de l'organisation du temps de travail des MG d'Ille et Vilaine a été menée.

Ensuite, il a été conduit **une étude analytique** comprenant 2 parties :

- ➔ La première étant la comparaison de groupes pour mettre en évidence ou non des différences d'organisation et de charge de travail selon le « type du médecin » (Annexe 2)
- ➔ La seconde étant la comparaison de groupes dans le but de proposer une organisation « optimale » du temps de travail des MG (Annexe 3)

Dans notre enquête deux catégories de variables ont été distinguées :

- ➔ Les variables qualitatives ordinales, nominales et binaires, décrites par des effectifs et pourcentages
- ➔ Les variables quantitatives, décrites par des moyennes, écarts-types, médianes, quartiles (1^{er} et 3^{ème}) et extrêmes

Pour faciliter l'exploitation des résultats et la composition des groupes de médecins, les données de notre sondage ont été réorganisées.

Certaines variables qualitatives ordinales ont donc été transformées en variables qualitatives binaires. Pour cela, il a été considéré similaires les termes « assez souvent » et « toujours » et les termes « jamais » et « parfois ».

De même, certaines variables quantitatives ont été transformées en variables qualitatives ordinales (échelles de convenance).

De plus, pour la deuxième partie de l'étude analytique, il a été admis qu'une organisation de travail était « optimale » si elle avait une influence positive sur au moins l'une des trois composantes suivantes : la charge de travail, la maîtrise du temps de travail et/ou le ressenti des MG concernant leurs conditions de travail.

Dès lors 2 scores ont été établis pour l'évaluation de la maîtrise du temps de travail et du ressenti des MG.

- ➔ **Le score de maîtrise** a été défini sur la base de 7 questions. Pour chaque réponse obtenue un nombre de points a été attribué.

SCORE DE MAITRISE	RÉPONSE OBTENUE			
	Jamais	Parfois	Assez souvent	Toujours
Augmentez-vous votre temps de présence au cabinet?	0	1	2	3
Revenez-vous au cabinet les jours où vous ne travaillez pas?				
Avez-vous du retard concernant les rendez-vous?				
Supprimez-vous ou écoutez-vous vos temps de pause?				
Ramenez-vous du travail à la maison?				
Votre conjoint vous aide-t-il?				
Passez-vous assez de temps auprès des patients?	3	2	1	0

Ainsi un score de maîtrise sur 21 points a été obtenu.

Plus ce score était élevé moins le MG maîtrisait son temps de travail.

→ **Le score du ressenti** a été conduit de la même manière à partir de 3 questions.

SCORE DU RESENTI	RÉPONSE OBTENUE			
	Votre façon de travailler vous convient-elle?	Pas du tout	peu	Assez
	0	1	2	3
Avez-vous le sentiment d'être débordé?	Jamais	Parfois	Assez souvent	Toujours
	3	2	1	0
Avez-vous l'intention de changer votre façon de travailler?	Oui		Non	
	0		1	

Un score du ressenti sur 7 points a donc été obtenu.

Plus ce score était élevé meilleur était le ressenti des MG.

L'analyse statistique a été exécutée via les logiciels **Excel** et **BiostaTGV**.

Les tests statistiques employés pour l'exploitation des résultats étaient :

→ Pour la comparaison de 2 variables qualitatives (groupes indépendants) :

- ✓ Le **test de chi carré** si les effectifs théoriques des 2 groupes étaient supérieurs ou égaux à 5
- ✓ A défaut le **test de exact de Fisher**.

→ Pour la comparaison de 2 variables quantitatives (groupes indépendants) :

- ✓ Le **test de Student** si la distribution des 2 groupes suivait une loi normale (les effectifs réels des 2 groupes étaient alors supérieurs ou égaux à 30) et si l'égalité des variances était respectée (**test de F. Snedecor**)
- ✓ A défaut le **test de Mann Whitney Wilcoxon**

Un seuil de significativité à 5 % (**p<0.05**) a été retenu.

4 Résultats

4.1 Taux de réponse

91 questionnaires ont été remplis soit un taux de réponse de 18,49 % (91/492).

4.2 Situation des médecins généralistes en Ille et Vilaine (Annexe 4)

4.2.1 Données démographiques et professionnelles

Le panel de cette enquête était représenté par 54,95 % de femmes et 45,05 % d'hommes. Agés en moyenne de 44,15 ans, 87,91 % d'entre eux étaient mariés ou en couple et 12,09 % seuls. Ils avaient en moyenne 1,68 enfant encore à charge.

Les MG étaient installés en moyenne depuis 11,69 ans. L'écart moyen entre la soutenance de thèse et l'installation était de 3,06 ans.

Tous étaient installés en secteur 1.

83,52 % des MG déclaraient exercer en groupe (avec en moyenne 3,28 autres médecins) et 16,48 % seuls.

27,48 % étaient installés en milieu urbain, 37,36 % en semi-rural et 35,16 % en rural.

35,16 % des médecins étaient maîtres de stage.

La même proportion (35,16 %) pratiquait d'autres activités professionnelles qui étaient principalement médecins sapeurs-pompiers (12,5 %), médecins de crèche (12,5 %), médecins coordonnateurs en EHPAD (12,5 %), enseignants (12,5 %) et régulateurs du SAMU (9,37 %).

4.2.2 Recours à l'outil informatique et à un personnel

Tous les médecins enquêtés étaient informatisés et 86,81 % d'entre eux estimaient gagner du temps en utilisant cet outil.

90,11 % des médecins disposaient d'un secrétariat, parmi ces derniers 69,52 % avaient choisi un secrétariat physique, 15,85 % un télé-secrétariat et 14,63 % un secrétariat physique associé au télé-secrétariat.

Le secrétariat devait accomplir plusieurs tâches (tableau I).

Tableau I : Les tâches du secrétariat

	Secrétariat physique n=57		Télé-secrétariat n=13		Secrétariat physique + télé-secrétariat n=12	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Prise des rendez-vous	57	100	11	84,62	12	100
Archivage des dossiers	54	94,74	0	0	11	91,67
Accueil des patients	54	94,74	0	0	12	100
Conseils aux patients	12	21,05	2	15,38	3	25
Feuilles de soins	5	8,77	0	0	4	33,33
Règlement	7	12,28	0	0	4	33,33
Comptabilité	7	12,28	0	0	2	16,67

Parmi ceux sans secrétariat, un tiers envisageait d'y avoir recours.

Les principales raisons pour lesquelles les médecins ne disposaient d'aucun secrétariat étaient :

- Le souhait d'un contact direct avec le patient, soit pour délivrer des conseils téléphoniques, soit pour évaluer le degré d'urgence et le temps de consultation nécessaire (66,66 %)
- Le coût financier (44,44 %)
- Le défaut de place au sein du cabinet (11,11 %)

82,42 % avaient recours à un comptable, parmi ces derniers 58,67 % avaient choisi d'y avoir recours toute l'année et 41,33 % au moment des déclarations fiscales seulement.

80,22 % embauchaient une femme de ménage et cette dernière passait au cabinet en moyenne 4,16 fois par semaine.

4.2.3 Organisation du planning

L'étude a révélé que la majorité des médecins travaillait sur rendez-vous (95,60 %) et qu'un peu plus de la moitié avait le planning complet dès le début de matinée (50,55 %).

Un tiers connaissait le motif de consultation à l'avance (32,97 %) et un quart limitait le nombre de motifs de consultation (25,27 %).

58,24 % des MG ont affirmé prendre les coordonnées des patients qui téléphonaient pour les rappeler dès que possible.

4.2.4 Évaluation de la charge de travail

Le lundi était la journée de travail la plus chargée de la semaine pour 53,85 % des médecins. La charge de travail des MG est représentée sur le tableau II.

Tableau II : Évaluation de la charge de travail des médecins généralistes

	Moyenne	Ecart-type	Min-Max	Médiane	Q1-Q3
Temps de travail hebdomadaire en heures	45,21	10,34	20-72	45	39-50
Nombre de consultations par jour*	25,97	6,42	10-40	25	23-30
Nombre de visites par jour*	2,01	2,52	0-20	2	1-2
Nombre de samedis par mois**	1,89	1,20	0-4	2	1-2
Nombre de gardes par mois***	0,86	1,72	0-12	0,5	0-1
Nombre de demi-journées de formation par an	5,79	5,10	0-30	4	3-8
Nombre de semaines de congés par an	6,73	2,14	0-13	7	6-8
Nombre de demi-journées de repos par semaine	2,17	1,31	0-6	2	1-3
Temps quotidien pour les tâches du secrétariat en minutes	24,63	24,95	0-120	15	5-30
Temps quotidien pour les tâches administratives en minutes	35,82	20,68	0-120	30	20-45
Temps quotidien pour la comptabilité en minutes	14,49	9,30	0-40	15	10-20
Temps hebdomadaire pour l'entretien du cabinet en minutes	24,76	30,20	0-120	15	5-30
Nombre de consultations supplémentaires par jour	3,42	2,54	0-15	3	2-5
Temps de consultation en minutes	17,63	4,32	10-40	17	15-20
Temps de visite en minutes	30,27	7,23	15-45	30	26-30

* soit 5040 actes par an. Les visites représentaient 7 % de la totalité des actes. L'activité de diagnostic et de soins représentait 34,55 heures par semaine.

**80,20 % travaillaient deux samedis ou moins par mois.

*** 52,74 % participaient aux gardes.

4.2.5 Maîtrise du temps de travail

La majorité des MG déclarait maîtriser leur temps de travail (70,33 %) et passer suffisamment de temps auprès de leurs patients (80,22 %).

69,23 % écourtaient ou supprimaient leur temps de pause, 58,24 % augmentaient leur temps de présence au cabinet, 38,46 % avaient du retard concernant les rendez-vous et 34,07 % ramenaient du travail à la maison.

Il est à noter que 19,78 % reconnaissaient revenir au cabinet les jours où ils ne travaillaient pas et que 16,48 % recevaient l'aide de leur conjoint ou d'une tierce personne.

4.2.6 Ressenti concernant l'organisation du travail

96,70 % des MG certifiaient être satisfaits de leur organisation de travail et 79,12 % n'avaient pas l'intention de changer leur façon de travailler.

Les médecins déclarant vouloir changer leur organisation de travail souhaitaient trouver un remplaçant ou un collaborateur (31,58 %), arrêter le libéral (21,05 %), alléger leur temps de travail (21,05 %), s'associer (15,79 %), avoir un secrétariat physique (15,79 %), travailler sur rendez-vous (10,53 %), travailler à mi-temps (10,53 %) et déléguer plus de tâches au secrétariat (10,53 %).

Plus de la moitié des médecins admettait être débordée (52,75 %), être stressée par le retard dans les rendez-vous (67,03 %) et avoir une rémunération insuffisante (64,84 %).

De plus, 68,13 % d'entre eux témoignaient que leur organisation du temps de travail avait un impact sur la qualité de soins et sur la relation qu'ils entretenaient avec leurs patients (75,82 %).

Les MG avouaient également que leur organisation du temps de travail influait sur leur santé physique et psychique (72,53 %) mais aussi sur leur vie personnelle (81,32 %).

4.2.7 Solutions envisagées

Selon les MG interrogés lors de cette enquête, certains procédés pourraient améliorer leur quotidien comme la délégation de tâches à d'autres professionnels (53,85 %) et l'éducation des patients (83,52 %).

Les principales tâches qu'ils pourraient déléguer étaient, selon eux, celles liées à l'administratif (dossiers ALD, dossiers MDPH, la gestion du cabinet, les inscriptions en maison de retraite) (27,47 %), la comptabilité (25,27 %), les règlements (20,88 %), les tâches liées aux feuilles de soins (13,19 %), l'éducation des patients (12,09 %), le classement des dossiers (10,99 %), le suivi des versements de la CPAM (8,79 %) ou encore la surveillance des pathologies chroniques (HTA, diabète, asthme) (8,79 %).

Les principales autres solutions émises étaient par ordre d'importance :

- Augmenter le montant de l'acte (18,68 %)
- Alléger ou faciliter les tâches administratives (16,48 %)
- Avoir un secrétariat (9,9 %)
- Avoir un forfait secrétariat (6,6 %)
- Modifier le mode de rémunération (5,5 %)
- Augmenter le nombre de médecins (5,5 %)
- Rémunérer le temps administratif (4,3 %)
- Alléger le temps de travail hebdomadaire (4,3 %)
- Créer des maisons de santé pluridisciplinaires (3,3 %)
- Développer le regroupement des médecins (3,3 %)

4.3 Les médecins généralistes s'organisent-ils différemment ?

Volontairement seules les différences significatives de cette étude ont été notifiées (pour avoir l'ensemble des résultats, se référer aux annexes indiquées).

4.3.1 Selon l'âge (Annexe 5)

Les femmes étaient majoritaires parmi les médecins de moins de 45 ans et minoritaires parmi les médecins de 45 ans ou plus (77,55 % vs 28,57 %, *P value* 2,84-6).

Les médecins de moins de 45 ans étaient installés depuis moins longtemps (3,76 ans vs 20,95 ans, *P value* 1,89-12) et étaient plus souvent en groupe (93,88 % vs 71,43 %, *P value* 0,004).

Ceux-ci disposaient plus d'un secrétariat (97,96 % vs 80,95 %, *P value* 0,01) et avaient un temps de travail hebdomadaire moins élevé (41,17 heures vs 49,92 heures, *P value* 2,75-5) et moins de samedis travaillés par mois (1,62 vs 2,21, *P value* 0,020).

De même, ils prenaient davantage de semaines de congés par an (7,15 vs 6,25, *P value* 0,045) et de demi-journées de repos par semaine (2,63 vs 1,64, *P value* 0,00022).

L'étude de l'organisation du temps de travail des médecins de moins de 45 ans révélait qu'ils travaillaient plus sur rendez-vous (100 % vs 90,48 %, *P value* 0,041) mais qu'ils connaissaient moins le motif de consultation à l'avance (22,45 % vs 45,24 %, *P value* 0,021).

4.3.2 Selon le sexe (Annexe 6)

Comparativement aux hommes, les femmes étaient moins âgées (39,80 vs 49,46, *P value* 1,56-6) et étaient installées depuis moins longtemps (7,33 ans vs 17,02 ans, *P value* 0,00018).

Elles admettaient être moins impliquées dans la pratique d'une autre activité professionnelle (26 % vs 46,34 %, *P value* 0,043).

Leur temps de travail hebdomadaire était moins élevé que celui des hommes (40,95 heures vs 50,41 heures, *P value* 5,02-6) de même que leur nombre de visites par jour (1,42 vs 2,73, *P value* 0,043) et leur nombre de samedis par mois (1,65 vs 2,19, *P value* 0,031).

Conjointement elles prenaient plus de semaines de congés par an (7,26 vs 6,09, *P value* 0,0094) et plus de demi-journées de repos par semaine (2,68 vs 1,56, *P value* 2,51-5).

Par ailleurs, les femmes travaillaient plus sur rendez-vous que leurs confrères (100 % vs 90,24 %, *P value* 0,037).

4.3.3 Selon le type d'installation (Annexe 7)

Les médecins installés en groupe étaient moins âgés (42,47 vs 52,66, *P value* 0,001) et leur nombre d'enfants encore à charge était plus élevé (1,80 vs 1,06, *P value* 0,036).

Ils étaient installés depuis moins longtemps (10 ans vs 20,26 ans, *P value* 0,0025) et l'étaient plutôt en milieu semi-rural que rural (58,93 % vs 10 %, *P value* 0,0054).

Ces derniers disposaient plus d'un secrétariat (98,68 % vs 46,67 %, *P value* 6,30-7) et faisaient plus appel à un comptable (88,16 % vs 53,33 %, *P value* 0,004) et à une femme de ménage (85,53 % vs 53,33 %, *P value* 0,0092).

Ils prenaient davantage de semaines de congés par an (6,92 vs 5,80, *P value* 0,043), davantage de demi-journées de repos par semaine (2,39 vs 1,06, *P value* 0,00012) et travaillaient plus sur rendez-vous (100 % vs 73,33 %, *P value* 0,00051).

4.3.4 Selon le milieu d'installation

→ Comparaison entre médecins urbains et ruraux (Annexe 8)

Les médecins urbains présentaient moins de samedis travaillés par mois (1,40 vs 2,32, *P value 0,01*) et limitaient plus le nombre de motifs de consultation que leurs confrères ruraux (36 % vs 12,50 %, *P value 0,035*).

→ Comparaison entre médecins urbains et semi-ruraux (Annexe 9)

Les médecins urbains effectuaient plus de gardes par mois (1,24 vs 0,88, *P value 0,01*) que les médecins semi-ruraux.

→ Comparaison entre médecins ruraux et semi-ruraux (Annexe 10)

L'installation en groupe était moins habituelle pour les médecins en zone rurale (71,87 % vs 97,06 %, *P value 0,0054*) et lorsque ceux-ci étaient installés en groupe, ils s'associaient avec moins de médecins (2,60 vs 3,51, *P value 0,027*).

Les médecins ruraux travaillaient moins sur rendez-vous (87,50 % vs 100 %, *P value 0,049*).

4.3.5 Selon la pratique d'une autre activité professionnelle (Annexe 11)

La pratique d'une autre activité professionnelle concernait plus les hommes. Ils représentaient 59,37 % des médecins pratiquant une autre activité professionnelle contre 37,29 % des médecins ne pratiquant aucune autre activité professionnelle (*P value 0,043*).

Les médecins pratiquant une autre activité professionnelle étaient installés depuis plus longtemps (14,95 ans vs 9,93 ans, *P value 0,036*).

De plus, ils étaient plus souvent maîtres de stage (62,50 % vs 20,34 %, *P value 5,77-5*) et réalisaient plus de gardes par mois (1,34 vs 0,60, *P value 0,0055*).

4.4 Est-il possible de définir une organisation « optimale » du temps de travail en médecine générale?

4.4.1 Type d'installation, milieu d'installation et pratique d'une autre activité professionnelle (Annexe 7 à 11)

Aucune différence significative n'a été retrouvée pour les scores de maîtrise et de ressenti.

4.4.2 Recours à un personnel

4.4.2.1 Le secrétariat (Annexe 12)

Les médecins avec secrétariat avaient d'une part plus de consultations par jour (26,64 vs 19,88, *P value* 0,003), plus de visites par jour (2,15 vs 0,72, *P value* 0,01) et d'autre part leur temps de consultation moyen était moins élevé (17,23 minutes vs 21,33 minutes, *P value* 0,0084) de même que leur temps quotidien moyen pour les tâches du secrétariat (21,67 minutes vs 51,66 minutes, *P value* 0,0005).

4.4.2.2 Le comptable (Annexe 13)

Aucune différence significative n'a été retrouvée.

4.4.2.3 La femme de ménage (Annexe 14)

Les médecins avec femme de ménage passaient moins de temps par semaine à l'entretien du cabinet (21,23 minutes vs 39,11 minutes, *P value* 0,0035).

4.4.3 Organisation du planning

4.4.3.1 Travail sur rendez-vous (Annexe 15)

Les médecins travaillant sur rendez-vous avaient plus de consultations par jour (26,39 vs 17, *P value* 0,0077) mais moins de samedis travaillés par mois (1,82 vs 3,50, *P value* 0,014).

4.4.3.2 Connaissance préalable du motif de consultation (Annexe 16)

Les médecins connaissant le motif de consultation à l'avance avaient moins de consultations par jour (23,68 vs 27,10, *P value* 0,016) et leur temps de consultation moyen était plus élevé (18,98 minutes vs 16,97 minutes, *P value* 0,036) tout comme leur temps de visite moyen (33,01 minutes vs 28,97 minutes, *P value* 0,013).

4.4.3.3 Limitation du nombre de motifs de consultation (Annexe 17)

Les médecins limitant le nombre de motifs de consultation avaient plus de visites par jour (2,13 vs 1,97, *P value* 0,02) mais moins de samedis travaillés par mois (1,41 vs 2,05, *P value* 0,03) et leur score du ressenti était plus élevé (4,82 vs 4,29, *P value* 0,03).

4.4.3.4 Présence de plages horaires libres sur le planning (Annexe 18)

Les médecins laissant des plages horaires libres sur le planning avaient moins de consultations par jour (25,05 vs 28,05, *P value* 0,02) et leur temps de consultation moyen était plus élevé (17,91 minutes vs 17,01 minutes, *P value* 0,025). De même, leur temps de visite moyen était plus élevé (31,39 minutes vs 27,50 minutes, *P value* 0,044).

4.4.3.5 Gestion des appels téléphoniques (Annexe 19)

Les médecins prenant les coordonnées des patients pour les rappeler dès que possible avaient un temps de travail hebdomadaire moyen moins élevé (43,26 heures vs 47,93 heures, *P value* 0,032).

4.4.4 Charge de travail

4.4.4.1 Temps de travail hebdomadaire (Annexe 20)

Les médecins travaillant 45 heures ou moins par semaine réalisaient moins de consultations par jour (24,38 vs 28,52, *P value* 0,002), moins de visites par jour (1,85 vs 2,25, *P value* 0,027) et prenaient plus de demi-journées de repos par semaine (2,55 vs 1,57, *P value* 0,00027).

Leur score de maîtrise du temps de travail était moins élevé (7,85 vs 10,17, *P value* 0,0021) contrairement à leur score de ressenti (4,62 vs 4,11, *P value* 0,043).

4.4.4.2 Nombre de consultations (Annexe 21)

Les médecins réalisant 25 consultations par jour ou moins avaient un temps de consultation plus élevé (18,98 minutes vs 16,87 minutes, *P value* 0,024) et leur score de maîtrise du temps de travail était moins élevé (7,54 vs 9,43, *P value* 0,014).

4.4.4.3 Nombre de visites (Annexe 22)

Aucune différence significative n'a été retrouvée.

4.4.4.4 Nombre de samedis (Annexe 23)

Les médecins réalisant 2 samedis ou moins par mois avaient un temps de travail hebdomadaire moins élevé (44,11 heures vs 49,66 heures, *P value* 0,049).

4.4.4.5 Temps de repos (Annexe 24)

Les médecins prenant plus de 2 demi-journées de repos par semaine avaient un temps de travail hebdomadaire moins élevé (39,63 heures vs 47,95 heures, *P value* 0,0001) et leur temps de consultation moyen était plus élevé (19,10 minutes vs 16,91 minutes, *P value* 0,022).

5 Discussion

5.1 Comparaison entre notre panel et les médecins généralistes libéraux et mixtes en France

Les MG de notre panel ont été comparés aux MG libéraux et mixtes en France, selon l'âge, le sexe et le type d'installation (Tableau III)

Tableau III : comparaison entre notre panel et la population générale

	Notre panel	Population générale
Age moyen	44,15 ans	53 ans
% de femmes	54,95	36,19
% d'installation en groupe	83,52	54

5.2 Conditions d'exercice en médecine générale

5.2.1 Organisation du cabinet

5.2.1.1 Informatisation

Notre analyse a montré que les MG de notre panel étaient tous informatisés. Une étude de 2007 dans les Pays de la Loire révélait que 90 % des médecins utilisaient couramment l'ordinateur (24).

Et pour cause, il permet d'accomplir de multiples tâches (25), principalement la gestion des dossiers médicaux (85 %), la télétransmission des feuilles de soins (85 %), la rédaction des ordonnances (79 %) et la réalisation de la comptabilité (62 %) (24).

De ce fait, l'informatisation des cabinets médicaux a révolutionné la pratique médicale et est devenue pratique courante. Elle permet non seulement de travailler sur un support unique centralisant l'ensemble des données et réduisant le risque de perte d'informations, mais apporte aussi un réel gain de temps (opinion de 86 % des médecins de notre panel).

5.2.1.2 Recours à un personnel

Aujourd'hui, tout porte à croire que l'exercice de la médecine générale n'est plus envisageable sans l'assistance d'un personnel.

Notamment, le secrétariat joue un rôle essentiel (26) comme par exemple la prise de rendez-vous, le classement des dossiers, l'accueil des patients et la délivrance des conseils aux patients (24,27), raisons pour lesquelles une majorité de médecins y a recours.

En effet, 90 % des MG de notre enquête faisaient appel à ces services et selon d'autres études, ce taux allait de 42 % (PACA) à 83 % (Limousin) (24,27-30). Notre analyse décelait donc un pourcentage plus important de médecins avec secrétariat, pouvant être expliqué par un âge moins avancé et une installation en groupe plus fréquente dans notre panel.

Au vue de nos résultats, le secrétariat physique était privilégié (69 %). Le même constat a été rapporté par la DREES en 2012 (72 %) (27). Ce choix paraît légitime puisque ce type de secrétariat permet aux MG de déléguer davantage de tâches.

Il est également à noter que certains MG se tournent vers un autre mode de planification de rendez-vous. Le patient peut désormais prendre rendez-vous via un site internet. De cette manière, le MG sans secrétariat est moins importuné par le téléphone et si une secrétaire est présente au sein du cabinet, celle-ci peut se concentrer sur d'autres missions qui lui ont été attribuées.

De même, faire appel aux services d'un comptable et d'une femme de ménage est à l'heure actuelle d'usage banal. L'enquête de la DREES en 2012 annonçait que 69 % des MG avaient recours à un comptable et 79 % à une femme de ménage (27), chiffres cohérents avec notre étude.

Au final, si bon nombre de MG mobilisent du personnel c'est qu'ils n'ont qu'un seul mot d'ordre : « déléguer pour mieux se concentrer sur leur activité de diagnostic et de soins ». De cette façon, ils améliorent considérablement leurs conditions de travail en dépit d'un sacrifice financier.

5.2.1.3 Travail sur rendez-vous

Seulement 5 % des MG de notre échantillon travaillaient sans rendez-vous, chiffre similaire dans le Limousin et en Rhône Alpes (29,31).

L'époque où les MG travaillaient selon ce mode est bien révolue.

D'autant plus que programmer les consultations permet une meilleure anticipation et ainsi une meilleure répartition de la charge de travail au cours de la journée. Cela permet aussi de laisser des plages horaires libres sur l'agenda pour gérer une urgence ou pour pallier au retard accumulé.

5.2.2 Temps de travail

5.2.2.1 Temps de travail hebdomadaire

Le temps de travail hebdomadaire déclaré par les MG de notre étude était de 45,21 heures. A contrario, selon d'autres enquêtes, les MG travaillaient en moyenne 57 heures par semaine (24,27). La synthèse de Le Für P. mettait également en avant un temps de travail hebdomadaire compris entre 52 et 60 heures (32).

Cette disparité peut être expliquée par la composition de notre panel plus jeune et présentant un taux de femmes plus important. Il est également possible que le temps dédié aux autres activités professionnelles n'ait pas été pris en compte par nos enquêtés.

5.2.2.2 Temps de travail médical

Une journée de travail en médecine générale comportait en moyenne en Ille et Vilaine 28 actes par jour dont 2 visites. Par déduction, les médecins de notre enquête réalisaient 5040 actes par an, ce qui coïncide avec l'étude de la DREES en 2012 (5100 actes) (27).

Les visites quant à elles, sont moins fréquentes qu'auparavant puisque selon notre étude, elles ne représentaient que 7 % de la totalité des actes. La DREES avait estimé ce taux à 12 % (27). Cette différence peut être justifiée par un taux plus important de femmes dans notre échantillon.

Par ailleurs, la durée moyenne des visites de notre étude était de 30 minutes, ce qui est en accord avec la synthèse de le Für P. (32). Toutefois, la DREES avait retrouvé un temps de visite moindre (18 minutes) (33). Il est probable que le temps de trajet lors des visites n'ait pas été pris en compte par la DREES, ce qui pourrait expliquer cette discordance.

Concernant les consultations, elles duraient un peu plus de 17 minutes, estimation cohérente avec d'autres études (32–34).

Ainsi, d'après nos résultats, 34,55 heures par semaine étaient dédiées aux consultations et visites, ce qui coïncide avec les données de Le Für P. (33 heures) (32).

Le temps médical évoque aussi un temps pour la permanence des soins. De ce fait, les MG travaillent le samedi et réalisent des gardes.

Notre enquête montrait que 80,20 % des MG travaillaient un samedi sur deux ou moins. Or selon la DREES, seulement 48 % des MG étaient dans ce cas (27). Cet écart peut être expliqué par la typologie de notre panel (plus jeune, proportion de femmes plus importante).

Les gardes qui ne sont plus d'ordre obligatoires depuis 2003, concernaient 52,74 % des MG de notre analyse et 60 % des médecins interrogés par la DREES en 2012 (27).

Même si le temps dédié aux gardes n'a pas été étudié dans notre enquête, les médecins d'Ille et Vilaine semblaient y consacrer peu de temps puisqu'ils réalisaient en moyenne moins d'une garde par mois. Cependant la DREES avait estimé ce temps à 10 heures par semaine (27). Mais dans l'agglomération rennaise, les gardes sont réparties entre les MG et SOS médecins (35), ce qui pourrait expliquer cette dissimilitude.

Enfin d'autres activités professionnelles sont pratiquées en dehors du cabinet. Ce qui symbolisait 2 heures de travail par semaine selon Le Für P. (32). Dans notre étude, il aurait été intéressant d'analyser ce temps.

5.2.2.3 Temps de travail non médical

Le travail d'un MG ne se résume pas seulement à l'activité de soins.

Tout d'abord, le travail administratif n'est pas négligeable et la réforme « médecin traitant » n'a fait que de l'accroître (31). Suivant nos résultats, 36 minutes par jour (soit 2,39 heures par semaine) étaient dédiées aux tâches administratives. Le rapport de Le Für P. mentionnait un temps plus élevé allant de 4,5 à 6,5 heures par semaine, données cohérentes avec celles de Rhône Alpes en 2010 (31,32).

Selon l'URML de Rhône Alpes en 2010, les tâches administratives étaient la gestion du courrier et des résultats du jour (24,1 %), la gestion des rendez-vous (15,9 %), l'archivage des dossiers (14,8 %), la télétransmission des feuilles de soins électroniques (14,6 %), les dossiers lourds non traités durant la consultation (12,3 %) et la gestion du tiers payant (5,7 %) (31).

Et selon la synthèse de Le Für P., le travail administratif regroupait celui lié aux patients (télétransmission, gestion du tiers payant et documents administratifs tels que les certificats médicaux, dossier ALD, dossier MDPH) et celui lié au cabinet (secrétariat, comptabilité, ménage) (32).

La divergence de nos résultats avec les enquêtes sus-citées peut être justifiée par une définition des tâches administratives peu précise dans notre questionnaire.

D'autres tâches, que nous n'avons pas définies comme administratives, font parties du quotidien des MG comme celles liées au secrétariat, à la comptabilité et à l'entretien du cabinet. Ainsi les médecins d'Ille et Vilaine dédiaient près de 25 minutes par jour aux tâches du secrétariat, près de 15 minutes par jour à la comptabilité et près de 25 minutes par semaine à l'entretien du cabinet. Au total, cela représentait 3 heures de travail non médical hebdomadaire.

Selon la DREES en 2012, ces activités nécessitaient 4 heures par semaine (27).

Il est également à souligner la gestion du téléphone parasitant le travail des MG. Selon l'URPS d'Ille de France, 7 heures par semaine était consacrées à cette fonction (36) dont 90 minutes pour les conseils téléphoniques (32).

Cette charge de travail semble conséquente puisque 56 % des médecins avouaient être « harcelés » par le téléphone (36). Notre étude n'a pas analysé cet item.

En résumé, tous ces éléments laissent imaginer ce que peut représenter une journée de travail en médecine générale. En plus de leur activité de diagnostic et de soins, les médecins généralistes doivent accomplir de multiples tâches non médicales, chronophages et ne relevant pas systématiquement de leurs compétences. Ils doivent dès lors s'organiser au mieux pour éviter par exemple l'accumulation de retard dans les rendez-vous ou éviter des journées de travail « à rallonge ».

5.2.2.4 Formation médicale et enseignement de la médecine générale

Depuis 2009, se former est une obligation pour les médecins. En 2012, 13 demi-journées par an étaient alors consacrées à la formation continue (27), chiffre en deçà dans notre département (5,79 demi-journées) et selon Le Für, 3,65 heures par semaine étaient vouées à la formation continue et à la lecture scientifique (32).

Par ailleurs, les médecins passaient 15 heures par semaine à former des étudiants (27). Cette fonction peut donc induire une charge de travail conséquente, pouvant expliquer la faible proportion de médecins maîtres de stage (35,16 % dans notre analyse).

En revanche, la présence d'étudiants au sein d'un cabinet peut concourir à un gain de temps pour certaines tâches.

Ce point pourrait être une piste d'amélioration de la médecine générale. Un nombre plus important de maîtres de stage pourrait avoir un impact favorable sur l'orientation définitive des étudiants pour cette spécialité.

5.2.2.5 Congés

En analysant le temps de travail des MG, la durée des congés était à prendre en considération car elle permettait une représentation plus pertinente du temps de travail. Le nombre de semaines de congés par an était de 6,73 en Ille et Vilaine contre 5,3 selon la DREES en 2012 (27).

5.3 Paradoxes de la maîtrise du temps de travail et de la satisfaction

Plus de deux tiers des médecins de notre panel proclamaient maîtriser leur temps de travail. Paradoxalement une majorité d'entre eux augmentait leur temps de présence au cabinet (58 %) et écourtait voire supprimait leur temps de pause (69%) et selon l'IRDES en 2007, 80 % des médecins avaient l'impression de manquer de temps (37).

Néanmoins une large majorité de médecins d'Ille et Vilaine exprimait une satisfaction plutôt bonne concernant leur organisation de travail (96 %). Malgré cela, plus de la moitié des MG se sentait débordée et près de 20 % avaient l'intention de changer leur façon de travailler. De plus, 60 % des MG désignaient un revenu insuffisant.

Conjointement, 80 % des médecins des Pays de la Loire en 2007 étaient satisfaits mais 50 % réduiraient bien leur temps de travail (24). L'étude de la DREES en 2012 allait dans le même sens puisque « 42 % considéraient avoir travaillé autant qu'ils le souhaitent et avoir choisi l'emploi du temps qui leur convenait mais cette même proportion aurait souhaité travailler moins » (27).

Ces paradoxes pourraient être inhérents à une réticence à affirmer de manière directe l'insuffisance de maîtrise et le manque de satisfaction. En effet, déclarer en tant que médecin ne pas maîtriser son temps de travail et ne pas être satisfait de son organisation de travail revient à avouer implicitement une forme d'incompétence, de débordement, éléments difficilement avouables dans ce corpus de métier (Biais de valorisation).

5.4 Impact de l'évolution de la médecine générale sur l'organisation du travail

5.4.1 Pénurie médicale

L'âge moyen des MG est de 53 ans, ce qui présume un nombre important de départs en retraite d'ici quelques années. L'offre de soins en médecine générale va diminuer et par conséquent l'organisation du temps de travail des MG en sera impactée. Pour faire face à cette pénurie médicale, le numérus clausus a été revu à la hausse. Mais cette initiative ne compensera pas la carence médicale à court terme (3).

5.4.2 Nouvelle mentalité

Notre enquête a démontré que la nouvelle génération de MG aspirait à un meilleur confort de travail en se regroupant (24,29,30), en faisant davantage appel à un secrétariat (27,28), en favorisant le travail sur rendez-vous (31) et en travaillant moins que leurs aînés (27,30).

L'image du médecin généraliste disponible en permanence semble donc peu à peu s'effacer. Exercer ce métier ne rime plus avec sacerdoce. La mentalité des médecins a désormais évolué, ils désirent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle (39).

5.4.3 Féminisation

Il est vrai qu'il y a quelques décennies, le médecin généraliste était plutôt un homme. L'épouse du médecin ne travaillant pas, s'occupait non seulement des tâches ménagères mais aussi du cabinet (secrétariat, entretien des locaux...). Les temps ont bien changé...

La médecine générale s'est féminisée, entre 2007 et 2015 le taux de femmes est passé de 29 % à 36 % (1) et en 2030 ce taux serait encore plus important (2).

Cette tendance est également observée dans notre étude puisque la proportion des femmes chez les médecins de moins de 45 ans était de 77 % alors qu'elle n'était que de 28 % chez les médecins de 45 ans ou plus.

Comparativement aux hommes, les femmes de notre panel étaient autant installées en groupe (30) et en zone semi-rurale voire rurale. Elles avaient aussi autant recours à un personnel (27).

En revanche, elles ne travaillaient pas autant que leurs confrères (24,27,28,30,31,38) et s'impliquaient moins dans une autre activité professionnelle (24,27). Elles privilégiaient également le travail sur rendez-vous (31) dans le but d'avoir un contrôle sur leur charge de travail et d'optimiser leur temps de présence au cabinet.

Autrement dit, les femmes médecins ayant un conjoint aussi en activité, se dégagent du temps pour gérer leur vie personnelle (enfants, tâches ménagères, loisirs...) et avoir une meilleure qualité de vie (40,41).

5.4.4 Regroupement

Le travail en groupe est un mode d'exercice en pleine croissance. 54 % des médecins étaient installés en groupe en 2009 contre 43 % en 1998 (16). Cette tendance ne risque pas de s'inverser. La thèse de Poppelier A. en 2010 (42) et une étude auprès des IMG de Rhône Alpes (43) soutenaient que les futurs médecins entrevoyaient peu un exercice seul.

Ceci est justifié par les avantages que peut apporter l'exercice en groupe. Selon l'IRDES en 2007, il permettait de travailler en équipe, d'améliorer la qualité de soins, de s'organiser plus facilement notamment pour les remplacements, d'avoir plus de temps libre et de mutualiser le personnel et le matériel (37).

Notre enquête démontrait également un travail majoritairement en groupe pour 83,5 % des MG, taux supérieur à la moyenne nationale. Ceci peut être expliqué par la moindre disponibilité des médecins installés seuls qui n'ont pas pris le temps de répondre à notre questionnaire.

Selon nos résultats, le regroupement des médecins facilitait l'embauche d'un personnel. Ce constat a également été retrouvé par la DREES en 2012 (27) puisque 76 % des médecins installés en groupe avaient recours à un secrétariat contre 34 % des médecins installés seuls. De même que 16 % des médecins installés en groupe s'occupaient eux-mêmes de leur comptabilité contre 28 % des médecins seuls.

En d'autres termes, le recours à un personnel représente une charge financière lourde que ne peuvent supporter les médecins installés seuls.

Le regroupement des médecins de notre panel leur permettait également de s'absenter plus aisément du cabinet puisque la permanence des soins était assurée par les médecins associés (24,27).

Suivant notre étude, s'installer en groupe avait une influence sur l'organisation du travail des médecins. En effet, comparativement aux médecins installés seuls, Les MG en groupe optimisaient et intensifiaient leur temps de présence au cabinet en avantageant le travail sur rendez-vous (37,38), en prenant davantage de congés (24,27) et de demi-journées de repos (16) tout en travaillant le même nombre d'heures par semaine.

5.4.5 Diversification de l'activité en médecine générale

La pratique de MEP intéresse de plus en plus de médecins, leurs effectifs ont ainsi augmenté de 17 % entre 2000 et 2009 (44).

Notre enquête a démontré qu'au fil du temps les MG diversifiaient leur activité. Ainsi, plus d'un tiers des médecins exerçait une autre activité professionnelle en dehors du cabinet (27,28).

Suivant nos résultats, la pratique d'une autre activité professionnelle n'influe pas sur l'organisation du temps de travail. Toutefois, cette activité peut être pratiquée durant le temps de repos (question non posée), ce qui peut expliquer que notre enquête n'ait retrouvé aucune différence d'organisation de travail entre les médecins pratiquant une autre activité professionnelle et les médecins n'en pratiquant aucune.

De plus, les médecins pratiquant une autre activité professionnelle réalisaient plus de gardes (27) et étaient plus souvent maîtres de stage, ce qui reflète bien leur « hyper-investissement » professionnel.

5.4.6 Désertification du milieu rural

La désertification du milieu rural est une réalité, en 2014 seulement un médecin sur cinq s'est installé en zone rurale (45). La DREES présage une diminution des effectifs de médecins de 25,1 % en milieu rural contre 6,2 % en pôle urbain sans CHU (2).

La décision d'installation en milieu rural n'est pas anodine puisque la carrière professionnelle du conjoint peut être impactée (46).

Nous avons pu vérifier que les médecins ruraux avaient des conditions de travail plus défavorables que leurs confrères. Effectivement, en zone rurale le travail en groupe (24,29), le travail sur rendez-vous, l'allègement de la charge de travail en limitant le nombre de motifs de consultation et ne pas travailler le samedi (27,38) s'avéraient plus difficiles à mettre en œuvre.

Tous ces éléments expliquent naturellement la moindre attractivité de ce milieu.

Cependant, nos données n'avaient pas démontré de différence entre le temps de travail hebdomadaire des médecins urbains et celui des ruraux. A l'inverse, plusieurs enquêtes ont déclaré que les médecins ruraux travaillaient plus que les médecins urbains (24,27,29).

Le même scénario s'est déroulé concernant le nombre de gardes par mois (29).

Ces discordances peuvent être secondaires à un manque de puissance de notre analyse et à une imprécision de la définition dans notre questionnaire des termes « urbain », « rural » et « semi-rural ».

Il est aussi à prévoir dans un avenir proche des difficultés d'installation en zone urbaine. Les MG doivent effectivement créer ou trouver des locaux disponibles en ville et en accord avec des normes bien précises (normes accès handicapé...) (47).

5.5 Proposition d'une organisation « optimale » du temps de travail des médecins généralistes

Pour définir une organisation du travail la plus « optimale » en médecine générale, trois composantes ont été étudiées pour chaque groupe de médecins : la charge de travail, la maîtrise du temps de travail et le ressenti des médecins concernant leur organisation. Nous allons développer la composante « impact sur la charge de travail », le score de maîtrise et de ressenti étant dans la partie « résultats ». (Pour rappel, plus le score de maîtrise était élevé **moins** le médecin maîtrisait son temps de travail et plus le score du ressenti était élevé **meilleur** était le ressenti).

En premier lieu, certaines organisations du travail permettaient d'**optimiser et/ou d'intensifier le temps de présence au cabinet telles que :**

- **L'installation en groupe** puisque les médecins en groupe pour un temps de travail équivalent, prenaient plus de congés et de demi-journées de repos.

- **L'installation urbaine plutôt que rurale** puisque les médecins urbains pour un temps de travail hebdomadaire équivalent, travaillaient moins le samedi.

- **Le recours à un secrétariat** puisque les médecins avec secrétariat passaient moins de temps aux tâches du secrétariat et réalisaient ainsi plus d'actes par jour.
 Certes leur temps de consultation était moindre mais ceci peut être expliqué par le fait que ces derniers avaient des consultations moins parasitées par le téléphone.
 Notre enquête a donc confirmé que l'assistance d'un secrétariat était un réel gain de temps. Selon la DREES en 2012, « les médecins généralistes faisant appel à un secrétariat et à un comptable passaient 3,7 heures à réaliser ces tâches contre 5 heures pour ceux qui n'y avaient pas recours » (27). Le secrétariat permet ainsi d'avoir un meilleur confort d'exercice (31).

- **Le recours à une femme de ménage**

- **Le travail sur rendez-vous** puisque les médecins travaillant sur rendez-vous pour un temps de travail hebdomadaire équivalent, étaient moins présents au cabinet le samedi et réalisaient plus d'actes par jour sans pour autant passer moins de temps avec leurs patients.

- **La prise des coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible**

D'autres organisations du travail permettaient de **passer plus de temps auprès des patients** telles que :

- **La connaissance préalable du motif de consultation** puisque cela permettait de mieux évaluer le temps nécessaire pour chaque patient et naturellement les médecins connaissant le motif de consultation à l'avance avaient moins d'actes quotidiennement.
- **La limitation du nombre de motifs de consultation** puisque les médecins exerçant selon ce mode prenaient plus de temps pour chaque motif de consultation (temps de consultation identique mais moins de motifs de consultation par patient que leurs confrères qui eux ne limitent pas le nombre de motifs de consultation).
- **La présence de plages horaires libres sur le planning**
- **Un nombre de consultations par jour limité à 25** (les médecins ayant 25 consultations ou moins par jour prenaient plus de temps pour chaque patient et avaient donc un temps de travail hebdomadaire équivalent aux médecins ayant plus de 25 consultations par jour).
- **La prise de plus de 2 demi-journées de repos par semaine** (cela implique un temps de travail hebdomadaire moins élevé. A noter que ces médecins ne compensaient pas cette absence par un nombre d'actes quotidiens plus élevé).

A l'issue de cette enquête les facteurs pouvant déterminer une organisation « optimale » du temps de travail du MG étaient (Tableau IV) :

- L'installation en groupe
- L'installation en milieu urbain plutôt que rural
- La présence d'un secrétariat
- L'embauche d'une femme de ménage
- Le travail sur rendez-vous
- La connaissance préalable du motif de consultation
- La limitation du nombre de motifs de consultation
- La présence de plages horaires libres sur le planning
- La prise des coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible
- Un temps de travail hebdomadaire limité à 45 heures : l'ORS des pays de la Loire va dans le même sens, 27 % des médecins travaillant plus de 45 heures avouaient un état de santé altéré contre 16 % des médecins travaillant moins de 45 heures (38)
- Un nombre de consultations par jour limité à 25
- Un temps de repos supérieur à 2 demi-journées par semaine

En l'absence de données significatives, nous ne pouvons conclure en ce qui concerne la pratique d'une autre activité professionnelle, le recours à un comptable, le nombre de visites par jour et le nombre de samedis par mois.

Tableau IV : Les facteurs pouvant déterminer une organisation « optimale » du temps de travail en médecine générale

	Impact positif sur la charge de travail	Meilleure maîtrise du temps de travail	Meilleur ressenti du médecin
L'installation urbaine plutôt que rurale	x		
L'installation urbaine plutôt que semi-rurale			
L'installation rurale plutôt que semi-rurale			
L'installation en groupe	x		
La pratique d'une activité professionnelle			
Le recours à un secrétariat	x		
Le recours à un comptable			
Le recours à une femme de ménage	x		
Travailler sur rendez-vous	x		
Connaître le motif de consultation à l'avance	x		
Limiter le nombre de motifs de consultation	x		x
Avoir des plages horaires libres sur le planning	x		
Prendre les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible	x		
Travailler 45 heures ou moins par semaine		x	x
Avoir 25 consultations ou moins par jour	x	x	
Avoir 2 visites ou moins par jour			
Travailler 2 samedis ou moins par mois			
Avoir plus de 2 demi-journées de repos par semaine	x		

5.6 Forces et biais

Tout d'abord, notre enquête traite d'un **sujet original et d'actualité**, puisqu'une médiatisation importante est réalisée autour de la problématique de débordement des consultations de médecine générale, de l'allongement des temps d'attente pour une prise en charge des patients, de l'absence de reprise des cabinets ou encore des complications psychologiques liées à l'augmentation de la charge de travail, sujet qui devient de moins en moins tabou.

De plus, le mode de diffusion de notre questionnaire c'est à dire **l'auto-administration par voie électronique** présente plusieurs avantages. C'est une méthode représentant un faible coût, renforçant un sentiment d'anonymat de l'information transmise et générant moins de contraintes (par exemple l'enquêté remplit le questionnaire quand il le souhaite, il peut répondre en plusieurs fois, entre autres si le questionnaire est long).

En revanche, notre **échantillon s'avérait peu représentatif** de la population générale des MG libéraux et mixtes en France (âge moins avancé, surreprésentation des femmes et des médecins en groupe). Notre questionnaire a nettement intéressé les médecins femmes et les plus jeunes. Cela semble nourrir l'hypothèse selon laquelle ces derniers se préoccupent davantage de leurs conditions de travail.

Conjointement, le nombre de sujets ayant participé à notre étude était relativement faible. Il est alors possible de reprocher à cette enquête **un manque de puissance** ayant pour conséquence une sous-estimation d'un phénomène mesuré

Il existe également un **biais de sélection** puisque seuls les médecins volontaires ont fourni leur adresse électronique au conseil de l'ordre des médecins (**biais de volontariat**). Un taux de réponse plus important pourrait être retrouvé chez les médecins les plus motivés, plus disponibles et donc les moins affectés par leur activité professionnelle.

Par ailleurs certaines adresses électroniques n'étaient pas valides et aucune randomisation n'a été réalisée, ce qui a constitué une limite dans notre sélection.

La longueur de notre questionnaire quant à elle, a pu augmenter le risque de non réponse (**biais de réponse**).

Notre sondage comportait aussi des questions pouvant porter à confusion (**biais de formulation**), ce qui a pu accroître le risque de mauvaise interprétation par les médecins enquêtés (par exemple les questions concernant « pensez-vous que votre organisation a un impact sur ... » : est-ce un impact positif ou négatif ?, raison pour laquelle nous n'avons pas étudié ces questions).

Enfin, il peut subsister un **biais de valorisation** (ayant lieu lorsque le médecin enquêté répond aux questions en décrivant un comportement « optimal » dans le but de se valoriser). On sait, en effet, qu'au sein du corps médical tout comme dans d'autres métiers tels que les sauveteurs, les policiers, la gendarmerie, qu'affirmer rencontrer des difficultés peut avoir une connotation très péjorative pouvant renvoyer à un sentiment d'échec personnel.

Notre enquête peut également présenter un **biais de confusion** (biais provoqué par un facteur de confusion qui interagit avec le facteur de risque étudié) comme pour la partie « détermination de l'organisation optimale du temps de travail ». Une analyse multi variée aurait pu éviter ce genre de biais.

6 Conclusion

Les conditions de travail en médecine générale semblent difficiles comme en témoignent les conséquences physiques et psychosociales rapportées par les médecins.

En effet, d'après une étude réalisée par l'ORS des Pays de la Loire, « 46 % des omnipraticiens éprouvaient des difficultés à concilier leur vie familiale et leur travail, 46 % étaient épuisés physiquement en fin de journée, et 26 % étaient vidés nerveusement » (38).

Le « burn out » ou « épuisement professionnel », mal défini par les classifications nosographiques psychiatriques, est une réalité faisant l'objet de préoccupations de plus en plus prégnantes. L'excès de paperasserie, la longueur des journées de travail, le manque de temps pour la vie personnelle, le comportement de certains patients, la charge de travail importante ont été cités comme principaux facteurs de risque de cet état de mal-être (18,20).

Il apparaît alors nécessaire d'améliorer le quotidien des MG en créant des pôles et maisons de santé pluridisciplinaires (48), en favorisant le regroupement des professionnels, en créant de nouvelles formes d'exercice (temps partiel, exercice multi-sites...) ou encore en favorisant l'installation des jeunes en zone défavorisée (49,50).

D'autres changements peuvent être apportés comme l'introduction d'une part de rémunération au forfait, l'augmentation du montant de l'acte et l'introduction d'un forfait secrétariat (29,31,49).

Les médecins ont également mis en avant la réduction des tâches administratives, la délégation de certaines tâches à d'autres professionnels paramédicaux et l'importance d'éduquer les patients (31,49).

7 Références bibliographiques

1. Lebreton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1 er janvier 2015. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2015.
2. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et Résultats* 2009;(679):1-8.
3. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Démographie et activité des professions de santé. Paris: IRDES; 2013.
4. Bachelet M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. DREES. *Etudes et Résultats* 2014;(894):1-6.
5. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2014 : des décès moins nombreux. *Insee première* 2015;(1532):1-4
6. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee* 2010;(1320):1-4.
7. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Les affections de longue durée (ALD). Paris: IRDES; 2013.
8. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Le court séjour hospitalier (PMSI). Paris: IRDES; 2011
9. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine* 2006;2:223-8.
10. Notebaert JF, Pogam MA. « Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ? ». *Management et Avenir* 2006;3:45-64.
11. Bourhis C. Observatoire de la sécurité des médecins en 2014. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2015
12. Mercklé P. La judiciarisation de la médecine. *Carnets de bord en sciences humaines*; 2008.
13. Laude A. La judiciarisation en France, sur la trace des États-Unis ?. *Les tribunes de la Santé* 2010;1:49-59.
14. Léger J. Les dépenses pour les loisirs depuis 1960. *Insee première* 1994;(306):1-4
15. Le Feuvre N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées?. *Enfances Familles Générations* 2013;(18):72-93
16. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Für P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. *Questions d'économie de la santé* 2010;(157):1-6.
17. Bouet P, Blanc JL, Chow-Chine E, Deau X, Degos CF, Guerrier B, et al. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2014.

18. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med* 2004;33:1569-74.
19. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. Paris: URML Ile de France, commission prévention et santé publique; 2007.
20. Dusmesnil H, Serre BS, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé publique* 2009;21 Suppl 4:355-64.
21. Véga A, Cabé MH, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. *Dossiers solidarité et santé* 2008;(6):1-15.
22. Ramoz Da Cruz M. Déterminants à la cessation anticipée d'activité libérale des médecins généralistes de plus de 50 ans en région Rhône-Alpes : une analyse quantitative du phénomène [thèse de doctorat en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier Faculté de Médecine; 2014.
23. Lucas-Gabrielli V, Sourthy-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *Questions d'économie de la santé* 2004;(81):1-8.
24. Observatoire régional de la santé des Pays de Loire, Union régionale des médecins libéraux Pays de la Loire. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Nantes: ORS, URML Pays de la Loire; 2008.
25. Dourgnon P, Grandfils N, Sourty-Le Guellec MJ. Apport de l'informatique dans la pratique médicale. *Questions d'économie de la santé* 2000;(26):1-6.
26. Lassale-Gérard M. Les secrétaires médicales en médecine générale: leur rôle, leurs tâches, leurs projets (thèse de doctorat en médecine). Nantes: Faculté de Médecine; 2010.
27. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Études Résultats* 2012;(797):1-8.
28. Beaurenaud AS, Bonnet C, Lemery B, Aubry C, Colin C. Le panel 2 des médecins généralistes en Bourgogne : un métier qui change, une organisation qui s'adapte, de nouvelles perspectives. Dijon: ORS-URML Bourgogne; 2012.
29. Ferley JP, Roche-Bigas B, Lepine E. Baromètre en santé en médecine générale en Limousin. Limoges: ORS du Limousin, ARS; 2011. Rapport N°230-1.
30. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou N, et al. L'exercice de la médecine générale, premiers résultats d'un panel dans cinq régions. *Études et résultats* 2007;(610):1-8.
31. Caron J, Causse JR, Orespy O, Enrione-Thorrand JP, Gros P, Mokobodzki S, et al. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. Grenoble: CAREPS, URML; 2010. Rapport N°661.
32. Le Fur P. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé* 2009;(144):1-8.

33. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et résultats 2006;(481):1-8.
34. URPS Ile de France. La Vérité sur le contenu de la consultation du médecin généraliste francilien. Paris: URPS Ile de France; 2012.
35. ARS Bretagne. Permanence des soins ambulatoire: l'ARS Bretagne a arrêté la nouvelle organisation; 2012.
36. URPS Ile de France. Les médecins généralistes passent plus de 7h au téléphone par semaine pour leurs patients. Paris: URPS Ile de France; 2012.
37. Beauté J, Bourgueil Y, Mousquès J. Baromètre des pratiques en médecine libérale Résultats de l'enquête 2006 " L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons". Paris: IRDES; 2007. Document de travail N°5.
38. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu au travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2008. Nantes: ORS Pays de la Loire, URML; 2010.
39. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins: genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le conseil national de l'ordre des médecins; 2006.
40. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques 2007;14:19-30.
41. Divay S. Incidences de la féminisation de la profession de médecin en France sur le rapport au travail des étudiant-es et des jeunes généralistes. Colloque international organisé par le CLERSE, 23-24 novembre 2006, Lille, « Travail-Emploi-Formation quelle égalité entre les hommes et les femmes? ». 2006.
42. Poppelier A. Exercice de la médecine générale: approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes [thèse de doctorat en médecine]. Poitiers: Faculté de Médecine; 2010.
43. URML Rhône Alpes. Etude des mutations de la médecine générale: enquête auprès des internes de médecine générale de Rhône Alpes. Grenoble: CAREPS; 2005. Rapport N°488.
44. Cours de comptes. La répartition territoriale des médecins libéraux. Paris : cours de comptes; 2011.
45. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la Démographie Médicale en France, situation au 1 janvier 2014. Paris: Conseil national de l'ordre des médecins; 2014.
46. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et résultats 2005;(430):1-12.
47. Délégation ministérielle à l'accessibilité. Les locaux des professionnels de santé: réussir l'accessibilité. Paris; 2012.

48. Clément MC, Couralet PE, Mousquès J, Pierre A, Bourgueil Y. Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. *Santé Publique* 2009;21:79-90.
49. BVA. Le rôle et la place du médecin généraliste en France; 2008.
50. URPS Languedoc-Roussillon. L'organisation des médecins libéraux : solutions pour améliorer l'accès aux soins; 2012.

8. Liste des annexes et annexes

Annexe 1 : le questionnaire

Annexe 2 : première partie de l'étude analytique concernant l'organisation du temps de travail des MG

Annexe 3 : deuxième partie de l'étude analytique concernant l'organisation du temps de travail des MG

Annexe 4 : situation des médecins généralistes en Ille et Vilaine

Annexe 5 : comparaison selon l'âge

Annexe 6 : comparaison selon le sexe

Annexe 7 : comparaison selon le type d'installation

Annexe 8 : comparaison entre médecins urbains et ruraux

Annexe 9 : comparaison entre médecins urbains et semi-ruraux

Annexe 10 : comparaison entre médecins ruraux et semi-ruraux

Annexe 11 : comparaison selon la pratique ou non d'une autre activité professionnelle

Annexe 12 : comparaison selon la présence ou non d'un secrétariat

Annexe 13 : comparaison selon la présence ou non d'un comptable

Annexe 14 : comparaison selon la présence ou non d'une femme de ménage

Annexe 15 : comparaison selon le travail ou non sur rendez-vous

Annexe 16 : comparaison selon la connaissance ou non du motif de consultation à l'avance

Annexe 17 : comparaison selon la limitation ou non du nombre de motifs de consultation

Annexe 18 : comparaison selon la présence ou non de plages horaires libres sur le planning

Annexe 19 : comparaison selon la gestion des appels téléphoniques durant la consultation

Annexe 20 : comparaison selon le temps de travail hebdomadaire

Annexe 21 : comparaison selon le nombre de consultations par jour

Annexe 22 : comparaison selon le nombre de visites par jour

Annexe 23 : comparaison selon le nombre de samedis par mois

Annexe 24 : comparaison selon le temps de repos par semaine

Annexe 1 : le questionnaire***Obligatoire****CARACTÉRISTIQUES DU MÉDECIN**

- 1/ Quel est votre sexe? * Une seule réponse possible.
- une femme
 - un homme
- 2/ Quel est votre âge? *
- 3/ Vous êtes * Une seule réponse possible.
- marié(e) / en couple
 - seul(e)
- 4/ Combien d'enfant(s) avez-vous encore à charge? *
- 5/ Etes-vous installé(e) en milieu : *
- Urbain
 - Semi-rural
 - Rural
- 6/ Depuis combien d'années êtes-vous installé(e)? *
- 7/ En quelle année avez-vous soutenu votre thèse? *
- 8/ Etes-vous maître de stage? * Une seule réponse possible.
- oui
 - non
- 9/ Etes-vous en : * Une seule réponse possible.
- secteur 1
 - secteur 2
- 10/ Avez-vous d'autre(s) activité(s) professionnelle(s) en dehors de votre cabinet ? Et si oui laquelle? * répondre oui ou non et si oui précisez votre activité
- 11/ Commentaire libre

ORGANISATION GÉNÉRALE DU CABINET

- 12/ Vous êtes installé(e) * Une seule réponse possible.
- seul(e)
 - en groupe
- 13/ Si en groupe, avec combien de médecins travaillez-vous? Si vous êtes installé(e) seul(e), ne pas répondre.
- 14/ Etes-vous informatisé(e)? * Une seule réponse possible.
- oui
 - non
- 15/ Si vous avez un secrétariat, est-ce : Si vous n'avez pas de secrétariat, ne pas répondre. Une seule réponse possible.
- un télé-secrétariat
 - une personne que vous embauchez
 - un télé-secrétariat et une personne que vous embauchez
 - Autre :
- 16/ Si vous avez une femme de ménage, combien de fois par semaine vient-elle au cabinet ? Si vous n'avez pas de femme de ménage, ne pas répondre
- 17/ Si vous avez un comptable, vous lui faites appel : Si vous n'avez pas de comptable ne pas répondre. Une seule réponse possible.
- tout au long de l'année
 - seulement au moment des déclarations fiscales
- 18/ Commentaire libre

ÉVALUATION DE VOTRE CHARGE DE TRAVAIL

- 19/ Combien d'heures par semaine travaillez-vous en moyenne? *
- 20/ Combien de consultations par jour faites-vous en moyenne? *
- 21/ Combien de visites par jour faites-vous en moyenne? *
- 22/ Combien de samedis par mois travaillez-vous en moyenne? *
- 23/ Combien de gardes par mois faites-vous en moyenne? *
- 24/ Combien de demi-journées de formation par an faites-vous en moyenne? *
- 25/ Combien de semaines de congés prenez-vous par an? *
- 26/ Combien de temps (en minutes) consacrez-vous quotidiennement aux tâches habituellement accomplies par le secrétariat? * (Exemple: prise de rendez-vous, archivage des dossiers...)
- 27/ Combien de temps (en minutes) consacrez-vous quotidiennement aux tâches administratives? *
- 28/ Combien de temps (en minutes) consacrez-vous quotidiennement à la comptabilité?*
- 29/ Combien de temps hebdomadaire (en minutes) consacrez-vous à l'entretien du cabinet (ménage et gestion du matériel) ? *
- 30/ Commentaire libre

ORGANISATION DE VOTRE PLANNING

- 31/ Quelles sont vos demi-journées de repos? * Plusieurs réponses possibles.
- lundi matin
 - lundi après midi
 - mardi matin
 - mardi après midi
 - mercredi matin
 - mercredi après midi
 - jeudi matin
 - jeudi après midi
 - vendredi matin
 - vendredi après midi
 - samedi matin
 - samedi après midi
 - dimanche
 - aucune
- 32/ Quelle est la journée de la semaine où votre charge de travail est la plus importante?*
- Une seule réponse possible.
- lundi
 - mardi
 - mercredi
 - jeudi
 - vendredi
 - samedi
 - dimanche
- 33/ Votre planning est-il déjà complet dès le début de la matinée? *(en dehors des semaines d'épidémies) Une seule réponse possible.
- toujours
 - assez souvent
 - parfois
 - jamais

34/ Laissez-vous des plages horaires libres sur votre planning? *(soit pour rattraper le retard ou gérer une urgence) Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

35/ Combien de consultations supplémentaires par jour faites-vous en moyenne par rapport au planning prévu? *

36/ Combien de temps (en minutes) en moyenne consacrez-vous par consultation? *

37/ Combien de temps (en minutes) en moyenne consacrez-vous par visite? *

38/ Savez-vous à l'avance le motif de consultation de vos patients? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

39/ Limitez-vous le nombre de motifs de consultation par patient ? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

40/ Travaillez-vous sur rendez-vous? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

41/ Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler quand vous avez le temps ? * (sauf urgence) Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

42/ Commentaire libre

VOTRE SECRÉTARIAT ET VOTRE ORDINATEUR

43/ Quel est le rôle de votre secrétariat ?

44/ Si vous n'avez pas de secrétariat pouvez-vous me dire les 2 principales raisons pour lesquelles vous avez fait le choix de ne pas y avoir recours? Si vous avez un secrétariat, ne pas répondre

45/ Si vous n'avez pas de secrétariat, envisageriez-vous d'y avoir recours? Si vous avez un secrétariat, ne pas répondre Une seule réponse possible.

- oui
- non

46/ L'informatisation de votre cabinet vous permet-elle de gagner du temps? Si vous n'êtes pas informatisé(e), ne pas répondre Une seule réponse possible.

- oui
- non

47/ Si vous n'êtes pas informatisé(e), pouvez-vous me dire les 2 principales raisons pour lesquelles vous avez fait le choix de ne pas avoir d'ordinateur? Si vous êtes informatisé(e), ne pas répondre

48/ Si vous n'êtes pas informatisé(e), envisageriez-vous de l'être? Si vous êtes informatisé(e), ne pas répondre Une seule réponse possible.

- oui
- non

49/ Commentaire libre**LE VÉCU CONCERNANT VOTRE ORGANISATION**

50/ Votre façon de travailler vous convient-elle? * Une seule réponse possible.

- parfaitement
- assez
- peu
- pas du tout

51/ Avez-vous l'intention de changer votre façon de travailler? * Une seule réponse possible.

- plutôt oui
- plutôt non

52/ Et si vous avez l'intention de changer votre façon de travailler, pouvez-vous me préciser les 2 principaux changements que vous feriez?

53/ Avez-vous le sentiment d'être débordé(e) au travail? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

54/ "Avoir du retard et la salle d'attente qui se remplit", est-il un stress pour vous? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

55/ Maîtrisez-vous votre temps de travail? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

56/ Afin de finir votre travail, augmentez-vous votre temps de présence au cabinet? *

(Exemple: Vous arrive-t-il de rentrer plus tard que prévu ou d'arriver plus tôt le lendemain matin) Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

57/ Revenez-vous au cabinet les jours où vous ne travaillez pas? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

58/ Avez-vous du retard concernant les rendez-vous? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

59/ Pensez-vous passer assez de temps auprès de vos patients? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

60/ Supprimez-vous ou écoutez-vous vos temps de pause? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

61/ Ramenez-vous du travail à la maison? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

62/ Votre conjoint ou proche vous aide-t-il? * (exemple : comptabilité, gestion du cabinet...)

Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

63/ Pensez-vous que votre organisation de travail a un impact sur la qualité des soins? *

Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

64/ Pensez-vous que votre organisation de travail a un impact sur la relation que vous entretenez avec vos patients? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

65/ Pensez-vous que votre organisation de travail a un impact sur votre état de santé physique? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

66/ Pensez-vous que votre organisation de travail a un impact sur votre état de santé psychique? * Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

67/ Pensez-vous que votre organisation de travail a un impact sur votre vie personnelle? *

Une seule réponse possible.

- toujours
- assez souvent
- parfois
- jamais

68/ Que pensez-vous de votre rémunération? *

69/ Commentaire libre

SOLUTIONS ENVISAGÉES

70/ La délégation de tâches permettrait-elle d'améliorer le quotidien des médecins généralistes? * Une seule réponse possible.

- parfaitement
- assez
- peu
- pas du tout

71/ Citez trois tâches que vous pourriez déléguer? *

72/ Éduquer les patients permettrait-il d'améliorer le quotidien des médecins généralistes?

* Une seule réponse possible.

- parfaitement
- assez
- peu
- pas du tout

73/ Quelles solutions suggéreriez-vous pour améliorer l'organisation du temps de travail des médecins généralistes? *

74/ Commentaire libre

75/ Commentaire libre sur l'ensemble du questionnaire. Et si vous souhaitez avoir les résultats de cette enquête, pouvez-vous me préciser votre adresse email ?

Annexe 2 : première partie de l'étude analytique concernant l'organisation du temps de travail des MG

Médecins de 45 ans ou plus vs médecins de moins de 45 ans
Médecins hommes vs médecins femmes
Médecins en groupe vs médecins seuls
Médecins urbains vs médecins ruraux
Médecins urbains vs médecins semi-ruraux
Médecins ruraux vs médecins semi-ruraux
Médecins pratiquant une autre activité professionnelle vs médecins ne pratiquant aucune autre activité professionnelle
↓ ↓ ↓ ↓
<p><u>Caractéristiques sociodémographiques</u> Age Sexe Situation maritale Nombre moyen d'enfants encore à charge</p> <p><u>L'installation</u> Nombre moyen d'années d'installation Ecart entre la thèse et l'installation Lieu d'installation Type d'installation Si en groupe avec combien de médecins étaient-ils installés ?</p> <p><u>Autre activité professionnelle</u> Autre activité professionnelle ou non Maître de stage ou non</p> <p><u>Le recours à un personnel</u> Secrétariat ou non Femme de ménage ou non Comptable ou non</p> <p><u>La charge de travail</u> Temps de travail hebdomadaire Nombre de consultations par jour Nombre de visites par jour Nombre de samedis par mois Nombre de gardes par mois Nombre de demi-journées de formation par an Nombre de semaines de congés par an Nombre de demi-journées de repos par semaine Temps moyen de consultation Temps moyen de visite</p> <p><u>L'organisation du planning</u> Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ? Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ? Savez-vous à l'avance le motif de consultation ? Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ? Travaillez-vous sur rendez-vous ? Prenez-vous les coordonnées des patients qui téléphonent pour les rappeler dès que possible ?</p>

Annexe 3 : deuxième partie de l'étude analytique concernant l'organisation du temps de travail des MG

Médecins en groupe vs médecins seuls
Médecins urbains vs médecins ruraux
Médecins urbains vs médecins semi-ruraux
Médecins ruraux vs médecins semi-ruraux
Médecins pratiquant une autre activité professionnelle vs médecins ne pratiquant aucune autre activité professionnelle
Médecins sans secrétariat vs médecins avec secrétariat
Médecins sans comptable vs médecins avec comptable
Médecins sans femme de ménage vs médecins avec femme de ménage
Médecins ne travaillant « jamais ou parfois » sur rendez-vous vs médecins travaillant « assez souvent voire toujours » sur rendez-vous
Médecins ne sachant « jamais ou parfois » le motif de consultation à l'avance vs médecins sachant « assez souvent voire toujours » le motif de consultation à l'avance
Médecins ne limitant « jamais ou parfois » le nombre de motifs de consultation vs médecins limitant « assez souvent voire toujours » le nombre de motifs de consultation
Médecins n'ayant « jamais ou parfois » des plages horaires libres sur le planning vs médecins ayant « assez souvent voire toujours » des plages horaires libres sur le planning
Médecins ne prenant « jamais ou parfois » les coordonnées des patients vs médecins prenant « assez souvent voire toujours » les coordonnées des patients
Médecins travaillant 45 heures ou moins par semaine vs médecins travaillant plus de 45 heures par semaine
Médecins réalisant 25 consultations ou moins par jour vs médecins réalisant plus de 25 consultations par jour
Médecins réalisant 2 visites ou moins par jour vs médecins réalisant plus de 2 visites par jour
Médecins réalisant 2 samedis ou moins par mois vs médecins réalisant plus de 2 samedis par mois
Médecins prenant 2 demi-journées de repos ou moins par semaine vs médecins prenant plus de 2 demi-journées de repos par semaine
↓ ↓ ↓ ↓
La charge de travail Temps de travail hebdomadaire +/- Nombre de consultations par jour +/- Nombre de visites par jour +/- Nombre de samedis par mois +/- Nombre de semaines de congés par an +/- Nombre de demi-journées de repos par semaine +/- Temps quotidien pour les tâches du secrétariat +/- Temps quotidien pour les tâches administratives +/- Temps quotidien pour la comptabilité +/- Temps hebdomadaire pour l'entretien du cabinet +/- Temps moyen de consultation +/- Temps moyen de visite Le score de maîtrise du temps de travail Le score du ressenti

Annexe 4 : situation des médecins généralistes en Ile et Vilaine

Caractéristiques sociodémographiques					
	Effectif n=91		%		
Sexe					
Homme	41			45,05	
Femme	50			54,95	
Situation maritale					
Marié(e) - en couple	80			87,91	
Seul(e)	11			12,09	
	Moyenne	Ecart type	Min-Max	Médiane	Q1-Q3
Age	44,15	10,09	30-64	41	35-53
Nombre d'enfant(s) encore à charge	1,68	1,35	0-5	2	0-3
Au sujet de l'installation					
	Effectif n=91		%		
Secteur 1					
Oui	91			100	
Non	0			0	
Type d'installation					
en groupe	76			83,52	
seul(e)	15			16,48	
Lieu d'installation					
Urbain	25			27,48	
Semi-rural	34			37,36	
Rural	32			35,16	
	Moyenne	Ecart type	Min-Max	Médiane	Q1-Q3
Nombre d'années d'installation	11,69	10,97	0,16-36	7	2-23
Nombre d'années entre la thèse et l'installation	3,06	4,25	0-26	2	1-4
Si en groupe avec combien de médecins sont-ils installés ?	3,28	2,02	1-12	3	2-4
Autres activités professionnelles					
	Effectif n=91		%		
Maître de stage					
Oui	32			35,16	
Non	59			64,84	
Pratique d'une autre activité professionnelle					
Oui	32			35,16	
Non	59			64,84	
	Effectif n=32		%		
Médecin sapeurs-pompiers	4			12,50	
Médecin de crèche	4			12,50	
Médecin coordonnateur EHPAD	4			12,50	
Enseignement	4			12,50	
Régulation libérale au SAMU	3			9,37	
Animateur pour groupe qualité	2			6,25	
Conseiller ordinal CDOM	1			3,12	
Membre du Comité Pédagogique du DIU de Soins	1			3,12	
Sexologue	1			3,12	
Soins palliatifs	1			3,12	
Gardes de médecine générale	1			3,12	
Chef de clinique médecine générale	1			3,12	
Rédacteur à la revue prescrire	1			3,12	
Médecin du travail	1			3,12	
Médecin généraliste au CHGR	1			3,12	
Echographie	1			3,12	
Consultations aux migrants	1			3,12	
Hôpital local	1			3,12	
Centre d'orthogénie hôpital sud	1			3,12	
Fédération sportive	1			3,12	
DU gynécologie	1			3,12	
Syndicat	1			3,12	

Personnel		
	Effectif n=91	%
Secrétariat		
Oui	82	90,11
Non	9	9,89
Type de secrétariat		
Secrétariat physique	57	69,52
Télé-secrétariat	13	15,85
Secrétariat physique + télé-secrétariat	12	14,63
Comptable		
Oui	75	82,42
Non	16	17,58
Type de comptable		
Toute l'année	44	58,67
Au moment des déclarations fiscales	31	41,33
Femme de ménage		
Oui	73	80,22
Non	18	19,78

Les différentes tâches du secrétariat selon le type de secrétariat						
	Secrétariat physique n=57		Télé-secrétariat n=13		Secrétariat physique + télé- secrétariat n=12	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Prise des rendez-vous	57	100	11	84,62	12	100
Archivage des dossiers	54	94,74	0	0	11	91,67
Accueil des patients	54	94,74	0	0	12	100
Conseils aux patients	12	21,05	2	15,38	3	25
Feuilles de soins	5	8,77	0	0	4	33,33
Règlement	7	12,28	0	0	4	33,33
Comptabilité	7	12,28	0	0	2	16,67

	Moyenne	Ecart type	Min-Max	Médiane	Q1-Q3
Nombre de passages de la femme de ménage par semaine	4,16	2	1-11	5	2-5

L'informatisation du cabinet		
	Effectif n=91	%
Etes-vous informatisé(e)?		
Oui	91	100
Non	0	0
L'informatisation du cabinet est-elle un gain de temps?		
Aucun gain de temps	10	10,99
Gain de temps	79	86,81
Sans avis	2	2,20

Organisation du planning		
	Effectif n=91	%
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?		
Jamais-parfois	45	49,45
Assez souvent-toujours	46	50,55
Travaillez-vous sur rendez-vous ?		
Jamais-parfois	4	4,40
Assez souvent-toujours	87	95,60
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?		
Jamais-parfois	61	67,03
Assez souvent-toujours	30	32,97
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?		
Jamais-parfois	68	74,73
Assez souvent-toujours	23	25,27
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?		
Jamais-parfois	38	41,76
Assez souvent-toujours	53	58,24

Quelle est la journée de la semaine la plus lourde ?		
	Effectif n=91	%
lundi	49	53,85
Mercredi	12	13,19
Jedi	11	12,09
Vendredi	10	10,98
Mardi	6	6,59
Samedi	3	3,30

La charge de travail					
	Moyenne	Ecart-type	Min-Max	Médiane	Q1-Q3
Temps de travail hebdomadaire en heures	45,21	10,34	20-72	45	39-50
Nombre de consultations par jour	25,97	6,42	10-40	25	23-30
Nombre de visites par jour	2,01	2,52	0-20	2	1-2
Nombre de samedis par mois	1,89	1,20	0-4	2	1-2
Nombre de gardes par mois	0,86	1,72	0-12	0,5	0-1
Nombre de demi-journées de formation par an	5,79	5,10	0-30	4	3-8
Nombre de semaines de congés par an	6,73	2,14	0-13	7	6-8
Nombre de demi-journées de repos par semaine	2,17	1,31	0-6	2	1-3
Temps quotidien pour les tâches du secrétariat en minutes	24,63	24,95	0-120	15	5-30
Temps quotidien pour les tâches administratives en minutes	35,82	20,68	0-120	30	20-45
Temps quotidien pour la comptabilité en minutes	14,49	9,30	0-40	15	10-20
Temps hebdomadaire pour l'entretien du cabinet en minutes	24,76	30,20	0-120	15	5-30
Nombre de consultations supplémentaires par jour	3,42	2,54	0-15	3	2-5
Temps de consultation en minutes	17,63	4,32	10-40	17	15-20
Temps de visite en minutes	30,27	7,23	15-45	30	26-30

La maîtrise du temps de travail		
	Effectif n=91	%
Maîtrisez-vous votre temps de travail ?		
Jamais-parfois	27	29,67
Assez souvent-toujours	64	70,33
Augmentez-vous votre temps de présence au cabinet ?		
Jamais-parfois	38	41,76
Assez souvent-toujours	53	58,24
Revenez-vous au cabinet les jours où vous ne travaillez pas ?		
Jamais-parfois	73	80,22
Assez souvent-toujours	18	19,78
Avez-vous du retard concernant les rendez-vous ?		
Jamais-parfois	56	61,54
Assez souvent-toujours	35	38,46
Passez-vous assez de temps auprès des patients ?		
Jamais-parfois	18	19,78
Assez souvent-toujours	73	80,22
Supprimez-vous ou écourtez-vous vos temps de pause ?		
Jamais-parfois	28	30,77
Assez souvent-toujours	63	69,23
Ramenez-vous du travail à la maison ?		
Jamais-parfois	60	65,93
Assez souvent-toujours	31	34,07
Votre conjoint vous aide-t-il ?		
Jamais-parfois	76	83,52
Assez souvent-toujours	15	16,48

Le ressenti		
	Effectif n=91	%
Votre façon de travailler vous convient-elle ?		
Pas du tout-peu	3	3,30
Assez-parfaitement	88	96,70
Avez-vous l'intention de changer de travailler ?		
Oui	19	20,88
Non	72	79,12
Avez-vous le sentiment d'être débordé(e) ?		
Jamais-parfois	43	47,25
Assez souvent-toujours	48	52,75
Avoir du retard est-il un stress pour vous ?		
Jamais-parfois	30	32,97
Assez souvent-toujours	61	67,03
Votre organisation a-t-elle un impact sur la qualité de soins ?		
Jamais-parfois	29	31,87
Assez souvent-toujours	62	68,13
Votre organisation a-t-elle un impact sur la relation que vous entretenez avec vos patients ?		
Jamais-parfois	22	24,18
Assez souvent-toujours	69	75,82

Le ressenti		
	Effectif n=91	%
Votre organisation a-t-elle un impact sur votre santé physique ?		
Jamais-parfois	25	27,47
Assez souvent-toujours	66	72,53
Votre organisation a-t-elle un impact sur votre santé psychique ?		
Jamais-parfois	25	27,47
Assez souvent-toujours	66	72,53
Votre organisation a-t-elle un impact sur votre vie personnelle ?		
Jamais-parfois	17	18,68
Assez souvent-toujours	74	81,32
Que pensez-vous de votre rémunération ?		
Insuffisante	59	64,84
Correcte	27	29,67
Sans avis	5	5,49

Que changeriez-vous si vous avez l'intention de changer votre façon de travailler ?		
	Effectif n=19	%
Trouver un remplaçant / collaborateur	6	31,58
Arrêter le libéral	4	21,05
Alléger le temps de travail	4	21,05
S'associer	3	15,79
Avoir un secrétariat physique	3	15,79
Travailler à mi-temps 80 %	2	10,53
Travailler sur rendez-vous	2	10,53
Déléguer des tâches aux secrétaires	2	10,53
Travailler sans rendez-vous	1	5,26
Avoir des visites programmées	1	5,26
Laisser des plages d'urgence chaque jour	1	5,26
Développer une activité non secteur 1	1	5,26
Limiter le nombre de motifs de consultation	1	5,26
Bloquer du temps administratif	1	5,26
Diminuer le temps administratif	1	5,26
Avoir une réunion mensuelle administrative	1	5,26
Mettre en commun les honoraires si en groupe	1	5,26
Avoir une réunion mensuelle sur les cas épineux	1	5,26
Limiter les conseils téléphoniques	1	5,26
Dossier MDPH 1 = 1 consultation	1	5,26

Les solutions envisagées		
	Effectif n=91	%
La délégation de tâches permettrait-elle d'améliorer le quotidien des médecins ?		
Pas du tout-peu	42	46,15
Assez-parfaitement	49	53,85
Eduquer les patients permettrait-il d'améliorer le quotidien des médecins ?		
Pas du tout-peu	15	16,48
Assez-parfaitement	76	83,52

Tâches pouvant être déléguées		
	Effectif n=91	%
Administratif (ALD, MDPH, gestion du cabinet, inscriptions en maison de retraite)	25	27,47
Comptabilité	23	25,27
règlements	19	20,88
Feuilles de soins	12	13,19
Education des patients	11	12,09
Classement des dossiers	10	10,99
Suivi des versements de la CPAM	8	8,79
Surveillance des pathologies chroniques (HTA, diabète, asthme)	8	8,79
aucune	7	7,69
Vaccination par IDE	5	5,49
courriers	4	4,40
Gestion des INR	4	4,40
secrétariat	4	4,40
Médecine préventive (contrôle vaccin, hémoccult)	4	4,40
Gestion des achats de matériels	4	4,40
Prise des constantes, pesée	3	3,30
Arrêt de travail	3	3,30
Renouvellement d'ordonnance	3	3,30
Prise des rendez-vous	3	3,30
Déshabillage, rhabillage et mesure des enfants	2	2,20
Bon de transport	2	2,20
Suivi psychologique par psychologue qui devrait être remboursé	2	2,20
Test mémoire par IDE, spirométrie	2	2,20
Ménage	2	2,20
Rappeler les patients	1	1,10
Suivi de grossesse par la sage-femme	1	1,10
Transport des patients au cabinet	1	1,10
Conseils téléphoniques	1	1,10
Visites urgentes	1	1,10
Certificats médicaux de sport	1	1,10
Problèmes sociaux	1	1,10
ECG	1	1,10
Dépôt des papiers à la CPAM	1	1,10

Annexe 5 : comparaison selon l'âge

Caractéristiques sociodémographiques					
	≥ 45 ans n=42	%	< 45 ans n=49	%	P value
Sexe					
Homme	30	71,43	11	22,45	2,84-6
Femme	12	28,57	38	77,55	
Situation maritale					
Marié(e)-en couple	36	85,71	44	89,80	0,55
Seul(e)	6	14,29	5	10,20	
Au sujet de l'installation					
	≥ 45 ans n=42	%	< 45 ans n=49	%	P value
Lieu d'installation					
Urbain	12	50	13	37,14	0,32
Semi-rural	12	50	22	62,86	
Urbain	12	40	13	48,15	0,53
Rural	18	60	14	51,85	
Semi-rural	12	40	22	61,11	0,087
Rural	18	60	14	38,89	
Type d'installation					
En groupe	30	71,43	46	93,88	0,004
Seul(e)	12	28,57	3	6,12	
Nombre moyen d'années d'installation					
Nombre moyen d'années d'installation	20,95		3,76		1,89-12
Ecart type	9,51		3,04		
Min-Max	1-36		0,16-12		
Médiane	23		3		
Q1-Q3	15-28		1-5		
Nombre moyen d'années entre la thèse et l'installation	3,66		2,54		0,42
Ecart type	5,81		2,22		
Min-Max	0-26		0-9		
Médiane	1		2		
Q1-Q3	1-4		1-5		
Si en groupe avec combien de médecins en moyenne sont-ils installés ?	3,43		3,19		0,53
Ecart type	2,76		1,37		
Min-Max	1-12		1-6		
Médiane	3		3		
Q1-Q3	2-4		2-4		
Autres activités professionnelles					
	≥ 45 ans n=42	%	< 45 ans n=49	%	P value
Maître de stage					
Oui	16	38,10	16	32,65	0,58
Non	26	61,90	33	67,35	
Autres activités professionnelles					
Oui	16	38,10	16	32,65	0,58
Non	26	61,90	33	67,35	
Personnel					
	≥ 45 ans n=42	%	< 45 ans n=49	%	P value
Secrétariat					
Oui	34	80,95	48	97,96	0,01
Non	8	19,05	1	2,04	
Femme de ménage					
Oui	32	76,19	41	83,67	0,37
Non	10	23,81	8	16,33	
Comptable					
Oui	32	76,19	43	87,76	0,14
Non	10	23,81	6	12,24	

La charge de travail			
	≥ 45 ans n=42	< 45 ans n=49	P value
Moyenne temps de travail hebdomadaire en heures	49,92	41,17	2,75-5
Ecart type	10,53	8,34	
Min-Max	33-72	20-60	
Médiane	50	42	
Q1-Q3	42-55	36-45	
Nombre moyen de consultations par jour	25,32	26,54	0,23
Ecart type	8,14	4,47	
Min-Max	10-40	15-40	
Médiane	25	25	
Q1-Q3	20-30	25-30	
Nombre moyen de visites par jour	2,63	1,47	0,14
Ecart type	3,45	1,06	
Min-Max	0-20	0-4	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	1-4	1-2	
Nombre moyen de samedis par mois	2,21	1,62	0,02
Ecart type	1,41	0,92	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1,5-4	1-2	
Nombre moyen de gardes par mois	1,20	0,57	0,80
Ecart type	2,42	0,56	
Min-Max	0-12	0-2	
Médiane	0	1	
Q1-Q3	0-1	0-1	
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	6,07	5,55	0,63
Ecart type	4,97	5,25	
Min-Max	0-25	0-30	
Médiane	5,5	4	
Q1-Q3	3-8	3-6	
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,25	7,15	0,045
Ecart type	2,34	1,89	
Min-Max	1-13	0-12	
Médiane	6,25	7	
Q1-Q3	5-8	6,5-8	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	1,64	2,63	0,00022
Ecart type	1,14	1,28	
Min-Max	0-5	0-6	
Médiane	1,5	2	
Q1-Q3	1-2	2-4	
Temps moyen de consultation en minutes	18,11	17,22	0,91
Ecart type	5,72	2,58	
Min-Max	10-40	12-20	
Médiane	16	17	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	29,25	31,07	0,24
Ecart type	8,23	7,48	
Min-Max	15-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	30-35	

Organisation du planning					
	≥ 45 ans n=42	%	< 45 ans n=49	%	P value
Votre planning est-il complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	18	42,86	27	55,10	0,24
Assez souvent-toujours	24	57,14	22	44,90	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	17	40,48	11	22,45	0,063
Assez souvent-toujours	25	59,52	38	77,55	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	23	54,76	38	77,55	0,021
Assez souvent-toujours	19	45,24	11	22,45	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	34	80,95	34	69,39	0,20
Assez souvent-toujours	8	19,05	15	30,61	
Travaillez-vous sur rendez-vous ?					
Jamais-parfois	4	9,52	0	0	0,041
Assez souvent-toujours	38	90,48	49	100	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	21	50	17	34,69	0,13
Assez souvent-toujours	21	50	32	65,31	

Annexe 6 : comparaison selon le sexe

Caractéristiques sociodémographiques					
	Homme n=41	%	Femme n=50	%	P value
Situation maritale					
Marié(e)-en couple	34	82,93	46	92	0,21
Seul(e)	7	17,07	4	8	
Caractéristiques démographiques					
	Homme n=41		Femme n=50		P value
Moyenne d'âge	49,46		39,80		1,56-6
Ecart type	10,12		7,77		
Min-Max	31-64		30-59		
Médiane	52		37		
Q1-Q3	42-58		34-44		
Nombre moyen d'enfants encore à charge	1,58		1,76		0,54
Ecart type	1,44		1,28		
Min-Max	0-5		0-4		
Médiane	2		2		
Q1-Q3	0-3		1-3		
Au sujet de l'installation					
	Homme n=41	%	Femme n=50	%	P value
Lieu d'installation					
Urbain	11	45,83	14	40	0,65
Semi-rural	13	54,17	21	60	
Urbain	11	39,29	14	48,28	0,49
Rural	17	60,71	15	51,72	
Semi-rural	13	43,33	21	58,33	0,22
Rural	17	56,67	15	41,67	
Type d'installation					
En groupe	31	75,61	45	90	0,065
Seul(e)	10	24,39	5	10	
Caractéristiques de l'installation					
	Homme n=41		Femme n=50		P value
Nombre moyen d'années d'installation	17,02		7,33		0,00018
Ecart type	11,83		7,96		
Min-Max	1-36		0,16-28		
Médiane	17		4		
Q1-Q3	5-28		1-9		
Nombre moyen d'années entre la thèse et l'installation	3,31		2,85		0,09
Ecart type	5,70		2,65		
Min-Max	0-26		0-13		
Médiane	1		2		
Q1-Q3	0-3		1-4		
Si en groupe avec combien de médecins en moyenne sont-ils installés ?	3,64		3,04		0,56
Ecart type	2,62		1,46		
Min-Max	1-12		1-6		
Médiane	3		3		
Q1-Q3	2-4		2-4		
Autres activités professionnelles					
	Homme n=41	%	Femme n=50	%	P value
Maître de stage					
Oui	15	36,59	17	34	0,79
Non	26	63,41	33	66	
Autres activités professionnelles					
Oui	19	46,34	13	26	0,043
Non	22	53,66	37	74	
Personnel					
	Homme n=41	%	Femme n=50	%	P value
Secrétariat					
Oui	36	87,80	46	92	0,72
Non	5	12,20	4	8	
Femme de ménage					
Oui	36	87,80	37	74	0,099
Non	5	12,20	13	26	
Comptable					
Oui	31	75,61	44	88	0,12
Non	10	24,39	6	12	

La charge de travail			
	Homme n=41	Femme n=50	P value
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	50,41	40,95	5,02-6
Ecart type	9,31	9,18	
Min-Max	30-72	20-70	
Médiane	50	40	
Q1-Q3	45-55	35-45	
Nombre moyen de consultations par jour	26,57	25,49	0,55
Ecart type	7,64	5,25	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	25	25	
Q1-Q3	22-30	23-30	
Nombre moyen de visites par jour	2,73	1,42	0,043
Ecart type	3,45	1,08	
Min-Max	0-20	0-4	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	1-4	0,5-2	
Nombre moyen de samedis par mois	2,19	1,65	0,031
Ecart type	1,35	1,02	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-4	1-2	
Nombre moyen de gardes par mois	1,29	0,51	0,13
Ecart type	2,42	0,59	
Min-Max	0-12	0-2,5	
Médiane	1	0,12	
Q1-Q3	0-1	0-1	
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	6,24	5,42	0,96
Ecart type	6,33	3,83	
Min-Max	0-30	0-16	
Médiane	4	4	
Q1-Q3	3-6	3-8	
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,09	7,26	0,0094
Ecart type	2,35	1,82	
Min-Max	1-13	0-12	
Médiane	6	7	
Q1-Q3	5-8	7-8	
Nombre moyen de demi-journées de repos par an	1,56	2,68	2,51-5
Ecart type	1,02	1,31	
Min-Max	0-4	0-6	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-2	2-4	
Temps moyen de consultation en minutes	16,74	18,37	0,074
Ecart type	4,69	3,89	
Min-Max	10-40	12-30	
Médiane	15	20	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	28,88	31,40	0,10
Ecart type	7,23	7,10	
Min-Max	15-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	30-35	

Organisation du planning					
	Homme n=41	%	Femme n=50	%	P value
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	22	53,66	23	46	0,46
Assez souvent-toujours	19	46,34	27	54	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	14	34,15	14	28	0,52
Assez souvent-toujours	27	65,85	36	72	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	28	68,29	33	66	0,81
Assez souvent-toujours	13	31,71	17	34	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	30	73,17	38	76	0,75
Assez souvent-toujours	11	26,83	12	24	
Travaillez-vous sur rendez-vous ?					
Jamais-parfois	4	9,76	0	0	0,037
Assez souvent-toujours	37	90,24	50	100	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	18	43,90	20	40	0,70
Assez souvent-toujours	23	56,10	30	60	

Annexe 7 : comparaison selon le type d'installation

Caractéristiques sociodémographiques					
	En groupe n=76	%	Seul(e) n=15	%	P value
Sexe					
Homme	31	40,79	10	66,67	0,065
Femme	45	59,21	5	33,33	
Situation maritale					
Marié(e)-en couple	68	89,47	12	80	0,38
Seul(e)	8	10,53	3	20	
Au sujet de l'installation					
	En groupe n=76	%	Seul(e) n=15	%	P value
Lieu d'installation					
Urbain	20	37,74	5	83,33	0,073
Semi-rural	33	62,26	1	16,67	
Urbain	20	46,51	5	35,71	0,47
Rural	23	53,49	9	64,29	
Semi-rural	33	58,93	1	10	0,0054
Rural	23	41,07	9	90	
Autres activités professionnelles					
	En groupe n=76	%	Seul(e) n=15	%	P value
Maître de stage					
Oui	29	38,16	3	20	0,17
Non	47	61,84	12	80	
Autres activités professionnelles					
Oui	29	38,16	3	20	0,17
Non	47	61,84	12	80	
Personnel					
	En groupe n=76	%	Seul(e) n=15	%	P value
Secrétariat					
Oui	75	98,68	7	46,67	6,30-7
Non	1	1,32	8	53,33	
Femme de ménage					
Oui	65	85,53	8	53,33	0,0092
Non	11	14,47	7	46,67	
Comptable					
Oui	67	88,16	8	53,33	0,004
Non	9	11,84	7	46,67	

La charge de travail			
	En groupe n=76	Seul(e) n=15	P value
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	45,12	45,66	0,55
Ecart type	10,33	10,71	
Min-Max	25-72	20-60	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	38-50	40-55	
Nombre moyen de consultations par jour	26,48	23,43	0,19
Ecart type	5,73	8,96	
Min-Max	10-40	10-35	
Médiane	25	23	
Q1-Q3	23-30	15-32	
Nombre moyen de visites par jour	2,17	1,20	0,058
Ecart type	2,67	1,37	
Min-Max	0-20	0-5	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	1-3	0-2	
Nombre moyen de samedis par mois	1,87	2	0,92
Ecart type	1	2	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-2	0-4	
Nombre moyen de gardes par mois	0,90	0,66	0,61
Ecart type	1,82	1,04	
Min-Max	0-12	0-4	
Médiane	0,5	0	
Q1-Q3	0-1	0-1	
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	5,63	6,60	0,75
Ecart type	4,79	6,57	
Min-Max	0-30	0-25	
Médiane	4	5	
Q1-Q3	3-8	3-8	
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,92	5,80	0,043
Ecart type	1,93	2,93	
Min-Max	0-12	1-13	
Médiane	7	6	
Q1-Q3	6-8	4-7	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	2,39	1,06	0,00012
Ecart type	1,23	1,16	
Min-Max	0-6	0-4	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	2-3	0-1	
Temps moyen de consultation en minutes	17,48	18,43	0,77
Ecart type	4,13	5,29	
Min-Max	10-40	12-30	
Médiane	16	17	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	30,25	30,45	0,91
Ecart type	7,28	7,22	
Min-Max	15-45	20-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	27-30	25-35	

Organisation du planning					
	En groupe n =76	%	Seul(e) n=15	%	P value
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	38	50	7	46,67	0,81
Assez souvent-toujours	38	50	8	53,33	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	20	26,32	8	53,33	0,063
Assez souvent-toujours	56	73,68	7	46,67	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	53	69,74	8	53,33	0,23
Assez souvent-toujours	23	30,26	7	46,67	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	55	72,37	9	60	0,36
Assez souvent-toujours	21	27,63	6	40	
Travaillez-vous sur rendez-vous ?					
Jamais-parfois	0	0	4	26,67	0,00051
Assez souvent-toujours	76	100	11	73,33	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	30	39,47	8	53,33	0,31
Assez souvent-toujours	46	60,53	7	46,67	

Scores			
	En groupe n=76	Seul(e) n=15	P value
Score de maîtrise du temps de travail	8,86	8,13	0,38
Ecart type	3,40	4,32	
Min-Max	2-16	1-18	
Médiane	8,5	7	
Q1-Q3	6-12	6-10	
Score du ressenti	4,40	4,53	0,82
Ecart type	1,22	0,91	
Min-Max	0-6	3-6	
Médiane	4	5	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 8 : comparaison entre médecins urbains et ruraux

Caractéristiques sociodémographiques					
	Urbain n=25	%	Rural n=32	%	P value
Sexe					
Homme	11	44	17	53,13	0,49
Femme	14	56	15	46,87	
Situation familiale					
Marié(e)-en couple	21	84	28	87,50	0,71
Seul(e)	4	16	4	12,50	
Caractéristiques démographiques					
	Urbain n=25		Rural n=32		P value
Age moyen	43,48		46,25		0,39
Ecart type	9,20		11,08		
Min-Max	30-60		30-64		
Médiane	41		46		
Q1-Q3	37-52		35-56		
Nombre moyen d'enfants encore à charge	1,84		1,34		0,18
Ecart type	1,43		1,26		
Min-Max	0-5		0-4		
Médiane	2		1		
Q1-Q3	1-3		0-2		
Au sujet de l'installation					
	Urbain n=25	%	Rural n=32	%	P value
Type d'installation					
En groupe	20	80	23	71,87	0,47
Seul(e)	5	20	9	28,13	
Caractéristiques de l'installation					
	Urbain n=25		Rural n=32		P value
Nombre moyen d'années d'installation	11,64		12,81		1
Ecart type	9,93		12,38		
Min-Max	1-32		0,5-36		
Médiane	8		8		
Q1-Q3	3-21		1,5-24		
Nombre moyen d'années entre la thèse et l'installation	2,52		4,34		0,63
Ecart type	3,19		6,16		
Min-Max	0-15		0-26		
Médiane	2		1,75		
Q1-Q3	1-3		1-5		
Si en groupe avec combien de médecins en moyenne sont-ils installés ?	3,70		2,60		0,25
Ecart type	3,02		1,43		
Min-Max	1-12		1-5		
Médiane	3		2		
Q1-Q3	2-4		2-4		
Autres activités professionnelles					
	Urbain n=25	%	Rural n=32	%	P value
Maître de stage					
Oui	10	40	7	21,88	0,13
Non	15	60	25	78,12	
Autres activités professionnelles					
Oui	10	40	8	25	0,22
Non	15	60	24	75	
Personnel					
	Urbain n=25	%	Rural n=32	%	P value
Secrétariat					
Oui	21	84	28	87,50	0,71
Non	4	16	4	12,50	
Femme de ménage					
Oui	21	84	24	75	0,40
Non	4	16	8	25	
Comptable					
Oui	22	88	25	78,12	0,48
Non	3	12	7	21,88	

La charge de travail			
	Urbain n=25	Rural n=32	P value
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	44	47,46	0,18
Ecart type	8,66	10,95	
Min-Max	30-67,5	25-72	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	39-50	40-55	
Nombre moyen de consultations par jour	23,78	26,93	0,11
Ecart type	6,16	6,94	
Min-Max	10-35	10-40	
Médiane	25	26,5	
Q1-Q3	20-25	23-30	
Nombre moyen de visites par jour	2,52	2,09	0,17
Ecart type	4,22	1,27	
Min-Max	0-20	0-5	
Médiane	1	2	
Q1-Q3	0,5-2	1-2	
Nombre moyen de samedis par mois	1,40	2,32	0,01
Ecart type	1,10	1,37	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	1,5	2	
Q1-Q3	1-2	1,5-4	
Nombre moyen de gardes par mois	1,24	0,54	0,09
Ecart type	3,11	0,49	
Min-Max	0-12	0-1	
Médiane	0	1	
Q1-Q3	0-1	0-1	
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	5,88	6,25	0,55
Ecart type	4,05	6,85	
Min-Max	0-16	0-30	
Médiane	5	4,5	
Q1-Q3	4-6	2-8	
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,74	6,59	0,63
Ecart type	1,71	2,61	
Min-Max	3-10	1-13	
Médiane	7	7	
Q1-Q3	6-8	5-8	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	1,92	2	0,88
Ecart type	1,28	1,27	
Min-Max	0-4	0-5	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-3	1-3	
Temps moyen de consultation en minutes	18,54	17,89	0,35
Ecart type	4,10	5,33	
Min-Max	15-30	10-40	
Médiane	18	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	30,52	30,48	1
Ecart type	6	7,78	
Min-Max	20-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	30-37	25-30	

Organisation du planning					
	Urbain n =25	%	Rural n =32	%	P value
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	10	40	19	59,37	0,14
Assez souvent-toujours	15	60	13	40,63	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	7	28	6	18,75	0,40
Assez souvent-toujours	18	72	26	81,25	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	15	60	23	71,87	0,34
Assez souvent-toujours	10	40	9	28,13	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	16	64	28	87,50	0,035
Assez souvent-toujours	9	36	4	12,50	
Travaillez-vous sur rendez-vous ?					
Jamais-parfois	0	0	4	12,50	0,12
Assez souvent-toujours	25	100	28	87,50	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	10	40	13	40,63	0,96
Assez souvent-toujours	15	60	19	59,37	

Scores			
	Urbain n=25	Rural n=32	P value
Score de maîtrise du temps de travail	8,16	8,50	0,74
Ecart type	3,30	3,80	
Min-Max	3-16	1-18	
Médiane	7	5	
Q1-Q3	6-10	5-13	
Score du ressenti	4,76	4,37	0,37
Ecart type	1,01	1,28	
Min-Max	3-6	0-6	
Médiane	5	5	
Q1-Q3	4-6	4-5	

Annexe 9 : comparaison entre médecins urbains et semi-ruraux

Caractéristiques sociodémographiques					
	Urbain n=25	%	Semi rural n=34	%	P value
Sexe					
Homme	11	44	13	38,24	0,65
Femme	14	56	21	61,76	
Situation maritale					
Marié(e)-en couple	21	84	31	91,18	0,44
Seul(e)	4	16	3	8,82	
	Urbain n=25		Semi-rural n=34		P value
Age moyen	43,48		42,67		0,70
Ecart type	9,20		9,69		
Min-Max	30-60		31-63		
Médiane	41		41		
Q1-Q3	37-52		35-53		
Nombre moyen d'enfants encore à charge	1,84		1,88		0,88
Ecart type	1,43		1,36		
Min-Max	0-5		0-4		
Médiane	2		2		
Q1-Q3	1-3		1-3		
Au sujet de l'installation					
	Urbain n=25	%	Semi rural n=34	%	P value
Type d'installation					
En groupe	20	80	33	97,06	0,073
Seul(e)	5	20	1	2,94	
	Urbain n=25		Semi-rural n=34		P value
Nombre moyen d'années d'installation	11,64		10,69		0,62
Ecart type	9,93		10,50		
Min-Max	1-32		0,16-34		
Médiane	8		5,5		
Q1-Q3	3-21		3-17		
Nombre moyen d'années entre la thèse et l'installation	2,52		2,25		0,86
Ecart type	3,19		2,10		
Min-Max	0-15		0-7		
Médiane	2		1,5		
Q1-Q3	1-3		1-3		
Si en groupe avec combien de médecins en moyenne sont-ils installés ?	3,70		3,51		0,37
Ecart type	3,02		1,50		
Min-Max	1-12		1-6		
Médiane	3		3		
Q1-Q3	2-4		3-5		
Autres activités professionnelles					
	Urbain n=25	%	Semi-rural n=34	%	P value
Maître de stage					
Oui	10	40	15	44,12	0,75
Non	15	60	19	55,88	
Autres activités professionnelles					
Oui	10	40	14	41,18	0,92
Non	15	60	20	58,82	
Personnel					
	Urbain n=25	%	Semi-rural n=34	%	P value
Secrétariat					
Oui	21	84	33	97,06	0,15
Non	4	16	1	2,94	
Femme de ménage					
Oui	21	84	28	82,35	1
Non	4	16	6	17,65	
Comptable					
Oui	22	88	28	82,35	0,71
Non	3	12	6	17,65	

La charge de travail			
	Urbain n=25	Semi-rural n=34	P value
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	44	43,98	0,80
Ecart type	8,66	10,80	
Min-Max	30-67,5	20-67,5	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	39-50	35-50	
Nombre moyen de consultations par jour	23,78	26,69	0,10
Ecart type	6,16	5,87	
Min-Max	10-35	15-40	
Médiane	25	25,5	
Q1-Q3	20-25	23-30	
Nombre moyen de visites par jour	2,52	1,55	0,82
Ecart type	4,22	1,55	
Min-Max	0-20	0-7,5	
Médiane	1	1	
Q1-Q3	0,5-2	0,5-2	
Nombre moyen de samedis par mois	1,40	1,85	0,089
Ecart type	1,10	0,97	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	1,5	2	
Q1-Q3	1-2	1-2	
Nombre moyen de gardes par mois	1,24	0,88	0,01
Ecart type	3,11	0,76	
Min-Max	0-12	0-2,5	
Médiane	0	1	
Q1-Q3	0-1	0-1	
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	5,88	5,29	0,41
Ecart type	4,05	3,80	
Min-Max	0-16	0-15	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	4-6	3-8	
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,74	6,86	0,96
Ecart type	1,71	1,99	
Min-Max	3-10	0-12	
Médiane	7	7	
Q1-Q3	6-8	6-8	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	1,92	2,52	0,15
Ecart type	1,28	1,33	
Min-Max	0-4	1-6	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-3	2-3	
Temps moyen de consultation en minutes	18,54	16,73	0,11
Ecart type	4,10	3,24	
Min-Max	15-30	10-25	
Médiane	18	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	30,52	29,92	0,88
Ecart type	6	7,62	
Min-Max	20-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	30-37	25-35	

Organisation du planning					
	Urbain n=25	%	Semi-rural n =34	%	P value
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	10	40	16	47,06	0,58
Assez souvent- toujours	15	60	18	52,94	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	7	28	10	29,41	0,90
Assez souvent- toujours	18	72	24	70,59	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	15	60	23	67,65	0,54
Assez souvent-toujours	10	40	11	32,35	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	16	64	26	76,47	0,29
Assez souvent-toujours	9	36	8	23,53	
Travaillez-vous sur rendez-vous ?					
Jamais-parfois	0	0	0	0	1
Assez souvent- toujours	25	100	34	100	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	10	40	15	44,12	0,75
Assez souvent-toujours	15	60	19	55,88	

Scores			
	Urbain n=25	Semi-rural n=34	P value
Score de maîtrise du temps de travail	8,16	9,41	0,14
Ecart type	3,30	3,49	
Min-Max	3-16	2-16	
Médiane	7	9,5	
Q1-Q3	6-10	7-12	
Score du ressenti	4,76	4,23	0,10
Ecart type	1,01	1,15	
Min-Max	3-6	2-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	4-6	3-5	

Annexe 10 : comparaison entre médecins ruraux et semi-ruraux

Caractéristiques sociodémographiques					
	Rural n=32	%	Semi-rural n=34	%	P value
Sexe					
Homme	17	53,12	13	38,24	0,22
Femme	15	46,88	21	61,76	
Situation familiale					
Marié(e)-en couple	28	87,50	31	91,18	0,70
Seul(e)	4	12,50	3	8,82	
Age					
Age moyen	Rural n=32 46,25		Semi-rural n=34 42,67		P value 0,16
Ecart type	11,08		9,69		
Min-Max	30-64		31-63		
Médiane	46		41		
Q1-Q3	35-56		35-53		
Nombre moyen d'enfants encore à charge	1,34		1,88		0,10
Ecart type	1,26		1,36		
Min-Max	0-4		0-4		
Médiane	1		2		
Q1-Q3	0-2		1-3		
Au sujet de l'installation					
	Rural n=32	%	Semi-rural n=34	%	P value
Type d'installation					
En groupe	23	71,87	33	97,06	0,0054
Seul(e)	9	28,13	1	2,94	
Années d'installation					
Nombre moyen d'années d'installation	Rural n=32 12,81		Semi-rural n=34 10,69		P value 0,45
Ecart type	12,38		10,50		
Min-Max	0,5-36		0,16-34		
Médiane	8		5,5		
Q1-Q3	1,5-24		3-17		
Nombre moyen d'années entre la thèse et l'installation	4,34		2,25		0,44
Ecart type	6,16		2,10		
Min-Max	0-26		0-7		
Médiane	1,75		1,5		
Q1-Q3	1-5		1-3		
Si en groupe avec combien de médecins en moyenne sont-ils installés ?	2,60		3,51		0,027
Ecart type	1,43		1,50		
Min-Max	1-5		1-6		
Médiane	2		3		
Q1-Q3	2-4		3-5		
Autres activités professionnelles					
	Rural n=32	%	Semi-rural n=34	%	P value
Maître de stage					
Oui	7	21,88	15	44,12	0,055
Non	25	78,12	19	55,88	
Autres activités professionnelles					
Oui	8	25	14	41,18	0,16
Non	24	75	20	58,82	
Personnel					
	Rural n=32	%	Semi-rural n=34	%	P value
Secrétariat					
Oui	28	87,50	33	97,06	0,19
Non	4	12,50	1	2,94	
Femme de ménage					
Oui	24	75	28	82,35	0,46
Non	8	25	6	17,65	
Comptable					
Oui	25	78,12	28	82,35	0,66
Non	7	21,88	6	17,65	

La charge de travail			
	Rural n=32	Semi-rural n=34	P value
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	47,46	43,98	0,19
Ecart type	10,95	10,80	
Min-Max	25-72	20-67,5	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	40-55	35-50	
Nombre moyen de consultations par jour	26,93	26,69	0,87
Ecart type	6,94	5,87	
Min-Max	10-40	15-40	
Médiane	26,5	25,5	
Q1-Q3	23-30	23-30	
Nombre moyen de visites par jour	2,09	1,55	0,13
Ecart type	1,27	1,55	
Min-Max	0-5	0-7,5	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	1-2	0,5-2	
Nombre moyen de samedis par mois	2,32	1,85	0,10
Ecart type	1,37	0,97	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1,5-4	1-2	
Nombre moyen de gardes par mois	0,54	0,88	0,069
Ecart type	0,49	0,76	
Min-Max	0-1	0-2,5	
Médiane	1	1	
Q1-Q3	0-1	0-1	
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	6,25	5,29	0,95
Ecart type	6,85	3,80	
Min-Max	0-30	0-15	
Médiane	4,5	4	
Q1-Q3	2-8	3-8	
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,59	6,86	0,63
Ecart type	2,61	1,99	
Min-Max	1-13	0-12	
Médiane	7	7	
Q1-Q3	5-8	6-8	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	2	2,52	0,10
Ecart type	1,27	1,33	
Min-Max	0-5	1-6	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-3	2-3	
Temps moyen de consultation en minutes	17,89	16,73	0,56
Ecart type	5,33	3,24	
Min-Max	10-40	10-25	
Médiane	15	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	30,48	29,92	0,77
Ecart type	7,78	7,62	
Min-Max	15-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	25-35	

Organisation du planning					
	Rural n =32	%	Semi-rural n =34	%	P value
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	19	59,37	16	47,06	0,31
Assez souvent-toujours	13	40,63	18	52,94	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	6	18,75	10	29,41	0,31
Assez souvent-toujours	26	81,25	24	70,59	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	23	71,87	23	67,65	0,70
Assez souvent-toujours	9	28,13	11	32,35	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	28	87,50	26	76,47	0,24
Assez souvent-toujours	4	12,50	8	23,53	
Travaillez-vous sur rendez-vous ?					
Jamais-parfois	4	12,50	0	0	0,049
Assez souvent-toujours	28	87,50	34	100	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	13	40,63	15	44,12	0,77
Assez souvent-toujours	19	59,37	19	55,88	

Scores				
	Rural n=32		Semi rural n=34	P value
Score de maîtrise du temps de travail	8,50		9,41	0,31
Ecart type	3,80		3,49	
Min-Max	1-18		2-16	
Médiane	5		9,5	
Q1-Q3	5-13		7-12	
Score du ressenti	4,37		4,23	0,46
Ecart type	1,28		1,15	
Min-Max	0-6		2-6	
Médiane	5		4	
Q1-Q3	4-5		3-5	

Annexe 11 : comparaison selon la pratique ou non d'une autre activité professionnelle

Caractéristiques sociodémographiques					
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32	%	Aucune autre activité professionnelle n=59	%	P value
Sexe					
Homme	19	59,37	22	37,29	0,043
Femme	13	40,63	37	62,71	
Situation maritale					
Marié(e)-en couple	29	90,62	51	86,44	0,74
Seul(e)	3	9,38	8	13,56	
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32		Aucune autre activité professionnelle n=59		P value
Âge moyen			46,09	43,10	0,17
Ecart type			10,88	9,57	
Min-Max			31-64	30-63	
Médiane			44	41	
Q1-Q3			37-54	35-51	
Nombre moyen d'enfants encore à charge			1,96	1,52	0,13
Ecart type			1,40	1,31	
Min-Max			0-5	0-4	
Médiane			2	2	
Q1-Q3			1-3	0-3	
Au sujet de l'installation					
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32	%	Aucune autre activité professionnelle n=59	%	P value
Lieu d'installation					
Urbain	10	41,67	15	42,86	0,92
Semi-rural	14	58,33	20	57,14	
Urbain	10	55,56	15	38,46	0,22
Rural	8	44,44	24	61,54	
Semi-rural	14	63,64	20	45,45	0,16
Rural	8	36,36	24	54,55	
Type installation					
En groupe	29	90,62	47	79,66	0,17
Seul(e)	3	9,38	12	20,34	
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32		Aucune autre activité professionnelle n=59		P value
Nombre moyen d'années d'installation			14,95	9,93	0,036
Ecart type			11,94	10,07	
Min-Max			0,16-36	0,5-32	
Médiane			12,5	5	
Q1-Q3			4-25	1-17	
Nombre moyen d'années entre la thèse et l'installation			1,82	3,72	0,02
Ecart type			2,12	4,97	
Min-Max			0-9	0-26	
Médiane			1	2	
Q1-Q3			0,75-2	1-4	
Si en groupe avec combien de médecins en moyenne sont-ils installés ?			3,51	3,14	0,44
Ecart type			2,23	1,89	
Min-Max			1-12	1-12	
Médiane			3	3	
Q1-Q3			2-4	2-4	
Autres activités professionnelles					
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32	%	Aucune autre activité professionnelle n=59	%	P value
Maître de stage					
Oui	20	62,50	12	20,34	5,77-5
Non	12	37,50	47	79,66	

Personnel					
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32	%	Aucune autre activité professionnelle n=59	%	P value
Secrétariat					
Oui	29	90,62	53	89,83	1
Non	3	9,38	6	10,17	
Femme de ménage					
Oui	28	87,50	45	76,27	0,19
Non	4	12,50	14	23,73	
Comptable					
Oui	26	81,25	49	83,05	0,82
Non	6	18,75	10	16,95	
La charge de travail					
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32		Aucune autre activité professionnelle n=59		P value
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	46,71		44,39		0,30
Ecart type	11,32		9,77		
Min-Max	25-70		20-72		
Médiane	45		45		
Q1-Q3	40-55		38-50		
Nombre moyen de consultations par jour	25,67		26,14		0,73
Ecart type	6,64		6,35		
Min-Max	10-40		10-40		
Médiane	25		25		
Q1-Q3	20-30		23-30		
Nombre moyen de visites par jour	2,28		1,86		0,82
Ecart type	3,58		1,72		
Min-Max	0-20		0-10		
Médiane	1		2		
Q1-Q3	0,5-2		1-2		
Nombre moyen de samedis par mois	1,93		1,87		0,80
Ecart type	1,05		1,29		
Min-Max	0-4		0-4		
Médiane	2		2		
Q1-Q3	1-2		1-2		
Nombre moyen de gardes par mois	1,34		0,60		0,0055
Ecart type	2,17		1,36		
Min-Max	0-12		0-10		
Médiane	1		0		
Q1-Q3	0-1,5		0-1		
Nombre moyen de demi-journées de formation par an	6,43		5,44		0,37
Ecart type	4,11		5,57		
Min-Max	0-16		0-30		
Médiane	6		4		
Q1-Q3	4-8		2-8		
Nombre moyen de semaines de congés par an	6,53		6,84		0,50
Ecart type	1,67		2,37		
Min-Max	3-10		0-13		
Médiane	7		7		
Q1-Q3	5-8		6-8		
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	2,28		2,11		0,57
Ecart type	1,39		1,27		
Min-Max	0-5		0-6		
Médiane	2		2		
Q1-Q3	1-3		1-3		
Temps moyen de consultation en minutes	16,92		18,02		0,48
Ecart type	3,36		4,75		
Min-Max	10-25		10-40		
Médiane	15		17		
Q1-Q3	15-20		15-20		
Temps moyen de visite en minutes	29,40		30,75		0,40
Ecart type	7,85		7,95		
Min-Max	15-45		20-45		
Médiane	30		30		
Q1-Q3	20-35		30-35		

Organisation du planning					
	Pratique d'une autre activité professionnelle n=32	%	Aucune autre activité professionnelle n=59	%	P value
Votre planning est-il déjà complet dès le début de matinée ?					
Jamais-parfois	17	53,12	28	47,46	0,60
Assez souvent-toujours	15	46,88	31	52,54	
Laissez-vous des plages horaires libres sur le planning ?					
Jamais-parfois	10	31,25	18	30,51	0,94
Assez souvent-toujours	22	68,75	41	69,49	
Savez-vous à l'avance le motif de consultation ?					
Jamais-parfois	19	59,37	42	71,19	0,25
Assez souvent-toujours	13	40,63	17	28,81	
Limitez-vous le nombre de motifs de consultation ?					
Jamais-parfois	25	78,12	43	72,88	0,58
Assez souvent-toujours	7	21,88	16	27,12	
Travaillez-vous sur rendez-vous?					
Jamais-parfois	1	3,13	3	5,08	1
Assez souvent-toujours	31	96,87	56	94,92	
Concernant les appels téléphoniques, prenez-vous les coordonnées du patient pour le rappeler dès que possible ?					
Jamais-parfois	18	56,25	22	37,29	0,081
Assez souvent-toujours	14	43,75	37	62,71	

Scores			
	Médecins pratiquant une autre activité professionnelle n=32	Médecins ne pratiquant aucune autre activité professionnelle n=59	P value
Score de maîtrise du temps de travail	8,81	8,71	0,89
Ecart type	3,56	3,58	
Min-Max	4-18	1-16	
Médiane	8	9	
Q1Q3	6-10	6-12	
Score du ressenti	4,34	4,47	0,61
Ecart type	1,31	1,10	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	4	5	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 12 : comparaison selon la présence ou non d'un secrétariat

	Absence d'un secrétariat n=9	Présence d'un secrétariat n=82	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	45,33	45,20	0,96
Ecart type	9,13	10,51	
Min-Max	33-60	20-72	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	40-50	39-50	
Nombre moyen de consultations par jour	19,88	26,64	0,003
Ecart type	7,47	5,97	
Min-Max	10-35	10-40	
Médiane	20	25	
Q1-Q3	18-23	24-30	
Nombre moyen de visites par jour	0,72	2,15	0,01
Ecart type	0,83	2,60	
Min-Max	0-2	0-20	
Médiane	0,5	2	
Q1-Q3	0-1	1-2	
Nombre moyen de samedis par mois	1,77	1,90	0,68
Ecart type	1,85	1,13	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	0-4	1-2	
Temps moyen pour les tâches du secrétariat par jour en minutes	51,66	21,67	0,0005
Ecart type	18,54	23,83	
Min-Max	30-90	0-120	
Médiane	45	15	
Q1-Q3	45-60	5-30	
Temps moyen pour les tâches administratives par jour en minutes	28,88	36,58	0,39
Ecart type	17,09	20,99	
Min-Max	0-60	5-120	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	20-30	20-45	
Temps moyen pour la comptabilité par jour en minutes	15,88	14,34	0,82
Ecart type	11,65	9,08	
Min-Max	0-30	0-40	
Médiane	15	15	
Q1-Q3	10-30	10-20	
Temps moyen de consultation en minutes	21,33	17,23	0,0084
Ecart type	5,22	4,05	
Min-Max	15-30	10-40	
Médiane	20	15	
Q1-Q3	20-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	35	29,92	0,073
Ecart type	6,32	7,20	
Min-Max	30-45	15-45	
Médiane	33	30	
Q1-Q3	30-35	25-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	7,66	8,86	0,29
Ecart type	3,64	3,55	
Min-Max	3-15	1-18	
Médiane	6	8,5	
Q1-Q3	6-9	6-12	
Score du ressenti	5,11	4,35	0,05
Ecart type	0,78	1,19	
Min-Max	4-6	0-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	5-6	4-5	

Annexe 13 : comparaison selon la présence ou non d'un comptable

	Absence d'un comptable n=16	Présence d'un comptable n=75	P value
La charge du travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	46,37	44,96	0,55
Ecart type	9,98	10,46	
Min-Max	30-60	20-72	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	38-54	39-50	
Temps moyen pour la comptabilité par jour en minutes	15,50	14,28	0,60
Ecart type	10,92	8,99	
Min-Max	0-30	0-40	
Médiane	15	15	
Q1-Q3	5-20	10-15	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	8,56	8,78	0,84
Ecart type	3,98	3,48	
Min-Max	1-16	2-18	
Médiane	8,5	8	
Q1-Q3	5-12	6-12	
Score du ressenti	4,56	4,40	0,65
Ecart type	1,09	1,19	
Min-Max	3-6	0-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	3-5	4-5	

Annexe 14 : comparaison selon la présence ou non d'une femme de ménage

	Absence d'une femme de ménage n=18	Présence d'une femme de ménage n=73	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	44,33	45,43	0,47
Ecart type	11,01	10,23	
Min-Max	30-70	20-72	
Médiane	42,5	45	
Q1-Q3	35-50	20-50	
Temps moyen pour l'entretien du cabinet par semaine en minutes	39,11	21,23	0,0035
Ecart type	32,47	28,76	
Min-Max	0-120	0-120	
Médiane	30	15	
Q1-Q3	15-45	5-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	7,83	8,97	0,20
Ecart type	3,53	3,55	
Min-Max	2-15	1-18	
Médiane	7	9	
Q1-Q3	6-11	7-12	
Score du ressenti	4,55	4,39	0,76
Ecart type	0,92	1,23	
Min-Max	3-6	0-6	
Médiane	4,5	4	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 15 : comparaison selon le travail ou non sur rendez-vous

	Médecins ne travaillant jamais ou parfois sur rdv n=4	Médecins travaillant assez souvent voire toujours sur rdv n=87	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	46,25	45,16	0,70
Ecart type	4,78	10,53	
Min-Max	40-50	20-72	
Médiane	47,5	45	
Q1-Q3	40-50	38-51	
Nombre moyen de consultations par jour	17	26,39	0,0077
Ecart type	5,71	6,17	
Min-Max	10-23	10-40	
Médiane	17,5	25	
Q1-Q3	10-20	23-30	
Nombre moyen de visites par jour	2,25	2	0,62
Ecart type	2,06	2,55	
Min-Max	0-5	0-20	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	0-2	1-2	
Nombre moyen de samedis par mois	3,50	1,82	0,014
Ecart type	1	1,16	
Min-Max	2-4	0-4	
Médiane	4	2	
Q1-Q3	2-4	1-2	
Temps moyen de consultation en minutes	17,50	17,64	0,89
Ecart type	2,88	4,39	
Min-Max	15-20	10-40	
Médiane	17,5	17	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	31,25	30,22	0,82
Ecart type	6,29	7,30	
Min-Max	25-40	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	25-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	7,50	8,80	0,61
Ecart type	5,44	3,48	
Min-Max	1-15	1-18	
Médiane	7,5	8	
Q1-Q3	6-9	6-12	
Score du ressenti	5,25	4,39	0,11
Ecart type	0,5	1,18	
Min-Max	5-6	0-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	5-5	4-5	

Annexe 16 : comparaison selon la connaissance ou non du motif de consultation à l'avance

	Médecins ne sachant jamais ou parfois le motif de consultation n=61	Médecins sachant assez souvent voire toujours le motif de consultation n=30	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	44,66	46,33	0,47
Ecart type	10	11,09	
Min-Max	20-72	28-70	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	40-50	38-55	
Nombre moyen de consultations par jour	27,10	23,68	0,016
Ecart type	5,90	6,91	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	25	23	
Q1-Q3	25-30	20-27	
Nombre moyen de visites par jour	1,68	2,68	0,65
Ecart type	1,29	3,94	
Min-Max	0-5	0-20	
Médiane	2	1,5	
Q1-Q3	1-2	1-3	
Temps moyen de consultation en minutes	16,97	18,98	0,036
Ecart type	4,22	4,29	
Min-Max	10-40	12,5-30	
Médiane	15	20	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	28,97	33,01	0,013
Ecart type	7,34	6,26	
Min-Max	15-45	20-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	30-40	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	8,62	9	0,63
Ecart type	3,49	3,72	
Min-Max	1-16	2-18	
Médiane	8	9	
Q1-Q3	6-12	6-12	
Score du ressenti	4,44	4,40	0,87
Ecart type	1,07	1,37	
Min-Max	2-6	0-6	
Médiane	4	4,5	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 17 : comparaison selon la limitation ou non du nombre de motifs de consultation

	Médecins ne limitant jamais ou parfois le nombre de motifs de consultation n=68	Médecins limitant assez souvent voire toujours le nombre de motifs de consultation n=23	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	45,62	44	0,44
Ecart type	11,03	8,04	
Min-Max	20-72	33-67,5	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	40-52	37-48	
Nombre moyen de consultations par jour	26,50	24,43	0,16
Ecart type	6,23	6,87	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	25	25	
Q1-Q3	23-30	20-30	
Nombre moyen de visites par jour	1,97	2,13	0,02
Ecart type	1,50	4,37	
Min-Max	0-7,5	0-20	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	1-3	0,5-2	
Nombre moyen de samedis par mois	2,05	1,41	0,03
Ecart type	1,26	0,86	
Min-Max	0-4	0-3,5	
Médiane	2	1,5	
Q1-Q3	1-2	1-2	
Temps moyen de consultation en minutes	17,54	17,91	0,52
Ecart type	4,54	3,67	
Min-Max	10-40	12,5-30	
Médiane	15	18	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	29,41	32,81	0,08
Ecart type	7,64	8,04	
Min-Max	15-45	20-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	30-40	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	9,02	7,91	0,13
Ecart type	3,57	3,44	
Min-Max	1-18	2-16	
Médiane	9	7	
Q1-Q3	6-12	6-10	
Score du ressenti	4,29	4,82	0,03
Ecart type	1,13	1,23	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	4	5	
Q1-Q3	4-5	4-6	

Annexe 18 : comparaison selon la présence ou non de plages horaires libres sur le planning

	Médecins n'ayant jamais ou parfois des plages horaires libres n=28	Médecins ayant assez souvent voire toujours des plages horaires libres n=63	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	46,60	44,59	0,42
Ecart type	13,51	8,62	
Min-Max	20-72	25-67,5	
Médiane	45	45	
Q1-Q3	39-55	39-50	
Nombre moyen de consultations par jour	28,05	25,05	0,02
Ecart type	8,06	5,36	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	30	25	
Q1-Q3	23-35	22-28	
Nombre moyen de visites par jour	1,69	2,15	0,70
Ecart type	1,44	2,87	
Min-Max	0-5	0-20	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	0,5-2	1-2	
Nombre moyen de samedis par mois	2,03	1,83	0,59
Ecart type	1,49	1,06	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-4	1-2	
Temps moyen de consultation en minutes	17,01	17,91	0,025
Ecart type	6,17	3,21	
Min-Max	10-40	12-30	
Médiane	15	18	
Q1-Q3	15-17	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	27,50	31,39	0,044
Ecart type	6,69	7,19	
Min-Max	15-40	20-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	22-30	30-37	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	9,17	8,55	0,36
Ecart type	3,65	3,52	
Min-Max	2-16	1-18	
Médiane	9,5	8	
Q1-Q3	6-12	6-10	
Score du ressenti	4,32	4,47	0,81
Ecart type	1,11	1,30	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	4	5	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 19 : comparaison selon la gestion des appels téléphoniques durant la consultation

	Médecins ne prenant jamais ou parfois les coordonnées du patient n=38	Médecins prenant assez souvent voire toujours les coordonnées du patient n=53	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	47,93	43,26	0,032
Ecart type	9,10	10,80	
Min-Max	30-70	20-72	
Médiane	46,5	45	
Q1-Q3	41-55	35-50	
Nombre moyen de consultations par jour	26,97	25,26	0,18
Ecart type	7,52	5,46	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	26,5	25	
Q1-Q3	20-30	23-30	
Nombre moyen de visites par jour	1,52	2,35	0,19
Ecart type	1,25	3,09	
Min-Max	0-5	0-20	
Médiane	1	2	
Q1-Q3	1-2	1-3	
Nombre moyen de samedis par mois	2,17	1,69	0,06
Ecart type	1,29	1,11	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1,5-3,5	1-2	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	2,05	2,26	0,45
Ecart type	1,22	1,37	
Min-Max	0-5	0-6	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	1-2	1-3	
Temps moyen de consultation en minutes	17,15	17,98	0,37
Ecart type	4,05	4,52	
Min-Max	10-30	10-40	
Médiane	15	17	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	31,21	29,64	0,32
Ecart type	7,43	7,09	
Min-Max	15-45	20-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	30-35	25-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	9,13	8,47	0,55
Ecart type	4,15	3,07	
Min-Max	2-18	1-14	
Médiane	8,5	8	
Q1-Q3	6-12	6-12	
Score du ressenti	4,44	4,41	0,58
Ecart type	1,38	1	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 20 : comparaison selon le temps de travail hebdomadaire

	Médecins travaillant 45 heures ou moins par semaine n=56	Médecins travaillant plus de 45 heures par semaine n=35	P value
La charge de travail			
Nombre moyen de consultations par jour	24,38	28,52	0,002
Ecart type	5,73	6,72	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	25	27	
Q1-Q3	20-28	25-35	
Nombre moyen de visites par jour	1,85	2,25	0,027
Ecart type	2,93	1,66	
Min-Max	0-20	0-7,5	
Médiane	1	2	
Q1-Q3	0,5-2	1-4	
Nombre moyen de samedis par mois	1,72	2,17	0,084
Ecart type	1,13	1,28	
Min-Max	0-4	0-4	
Médiane	1,75	2	
Q1-Q3	1-2	2-3,5	
Nombre moyen de semaines de congés par an	7,02	6,27	0,10
Ecart type	1,96	2,36	
Min-Max	1-12	0-13	
Médiane	7	6	
Q1-Q3	6-8	5-8	
Nombre moyen de demi-journées de repos par semaine	2,55	1,57	0,00027
Ecart type	1,41	0,85	
Min-Max	0-6	0-4	
Médiane	2	2	
Q1-Q3	2-3	1-2	
Temps moyen de consultation en minutes	17,83	17,32	0,27
Ecart type	3,56	5,36	
Min-Max	12-30	10-40	
Médiane	17,5	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	31	29,20	0,25
Ecart type	7,11	7,37	
Min-Max	15-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	28-30	25-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	7,85	10,17	0,0021
Ecart type	3,31	3,51	
Min-Max	1-18	5-16	
Médiane	7	10	
Q1-Q3	6-10	7-13	
Score du ressenti	4,62	4,11	0,043
Ecart type	1,03	1,32	
Min-Max	2-6	0-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	4-5	3-5	

Annexe 21 : comparaison selon le nombre de consultations par jour

	Médecins ayant ≤ 25 consultations par jour n=33	Médecins ayant > 25 consultations par jour n=58	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	43,16	46,37	0,15
Ecart type	10,63	10,07	
Min-Max	20-70	25-72	
Médiane	44	45	
Q1-Q3	35-50	40-52	
Nombre moyen de visites par jour	2,45	1,75	0,64
Ecart type	3,84	1,25	
Min-Max	0-20	0-5	
Médiane	2	1,5	
Q1-Q3	0,5-2	1-2	
Temps moyen de consultation en minutes	18,98	16,87	0,024
Ecart type	3,96	4,36	
Min-Max	15-30	10-40	
Médiane	20	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	31,88	29,42	0,13
Ecart type	6,25	7,61	
Min-Max	20-45	15-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	30-37	25-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	7,54	9,43	0,014
Ecart type	3,17	3,60	
Min-Max	1-14	2-18	
Médiane	7	9,5	
Q1-Q3	6-9	7-12	
Score du ressenti	4,69	4,27	0,10
Ecart type	1,23	1,12	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 22 : comparaison selon le nombre de visites par jour

	Médecins ayant ≤ 2 visites par jour n=70	Médecins ayant > 2 visites par jour n=21	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	44,41	47,88	0,13
Ecart type	9,88	11,60	
Min-Max	20-72	25-70	
Médiane	45	50	
Q1-Q3	38-50	42-55	
Nombre moyen de consultations par jour	25,92	26,16	0,94
Ecart type	6,08	7,59	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	25	25	
Q1-Q3	22-30	23-30	
Temps moyen de consultation en minutes	18	16,42	0,15
Ecart type	4,50	3,50	
Min-Max	10-40	10-25	
Médiane	17,5	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	31,12	27,59	0,07
Ecart type	7,55	5,44	
Min-Max	15-45	15-40	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	28-37	25-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	8,47	9,66	0,077
Ecart type	3,61	3,29	
Min-Max	2-18	1-16	
Médiane	7	10	
Q1-Q3	6-12	9-12	
Score du ressenti	4,41	4,47	0,98
Ecart type	1,22	1,03	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	4,5	4	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 23 : comparaison selon le nombre de samedis par mois

	Médecins ayant ≤ 2 samedis par mois n=73	Médecins ayant > 2 samedis par mois n=18	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	44,11	49,66	0,049
Ecart type	9,96	10,93	
Min-Max	20-70	30-72	
Médiane	45	50	
Q1-Q3	38-50	42-55	
Nombre moyen de consultations par jour	25,67	27,22	0,23
Ecart type	5,53	9,29	
Min-Max	10-40	10-40	
Médiane	25	28,5	
Q1-Q3	23-30	23-35	
Nombre moyen de visites par jour	1,97	2,16	0,34
Ecart type	2,69	1,72	
Min-Max	0-20	0-5	
Médiane	1	2	
Q1-Q3	1-2	1-4	
Temps moyen de consultation en minutes	17,71	17,33	0,07
Ecart type	3,32	7,21	
Min-Max	10-30	10-40	
Médiane	18	15	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	30,72	28,28	0,26
Ecart type	7,21	7,22	
Min-Max	15-45	15-40	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	28-35	20-30	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	8,60	9,33	0,60
Ecart type	3,07	5,14	
Min-Max	2-16	1-18	
Médiane	8	9	
Q1-Q3	6-10	5-13	
Score du ressenti	4,43	4,38	0,79
Ecart type	1,17	1,19	
Min-Max	0-6	2-6	
Médiane	5	4	
Q1-Q3	4-5	4-5	

Annexe 24 : comparaison selon le temps de repos par semaine

	Médecins ayant ≤ 2 demi-journées de repos par semaine n=61	Médecins ayant > 2 demi-journées de repos par semaine n=30	P value
La charge de travail			
Temps moyen de travail hebdomadaire en heures	47,95	39,63	0,0001
Ecart type	9,21	10,40	
Min-Max	20-72	25-70	
Médiane	48	39	
Q1-Q3	43-52	33-45	
Nombre moyen de consultations par jour	26,54	24,81	0,30
Ecart type	7,11	4,60	
Min-Max	10-40	10-32,5	
Médiane	25	25	
Q1-Q3	23-50	23-28	
Nombre moyen de visites par jour	2,27	1,46	0,26
Ecart type	2,96	1,08	
Min-Max	0-20	0-4	
Médiane	2	1	
Q1-Q3	1-2	0,5-2	
Temps moyen de consultation en minutes	16,91	19,10	0,022
Ecart type	4,44	3,73	
Min-Max	10-40	15-30	
Médiane	15	20	
Q1-Q3	15-20	15-20	
Temps moyen de visite en minutes	29,81	31,20	0,39
Ecart type	7,35	7,02	
Min-Max	15-45	20-45	
Médiane	30	30	
Q1-Q3	25-30	30-35	
Scores			
Score de maîtrise du temps de travail	9	8,23	0,33
Ecart type	3,61	3,43	
Min-Max	1-18	2-16	
Médiane	9	8	
Q1-Q3	6-12	6-10	
Score du ressenti	4,44	4,40	0,87
Ecart type	1,10	1,32	
Min-Max	2-6	0-6	
Médiane	4	4,5	
Q1-Q3	4-5	4-5	

HU, Feng Me.- Organisation du temps de travail en médecine générale : étude transversale menée auprès des médecins généralistes libéraux et mixtes en Ille et Vilaine

97 feuilles., 24 annexes., 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2016; N°

Résumé français

Introduction : En médecine générale, la charge de travail est importante du fait de la pénurie médicale, l'accroissement et la complexification des besoins en santé. Le but de ce travail était d'établir un état des lieux sur l'organisation du temps de travail des médecins généralistes (MG), de recueillir leur ressenti concernant leurs conditions de travail et enfin de proposer une organisation optimale du temps de travail.

Méthode : Une étude transversale a été réalisée, reposant sur l'envoi d'un questionnaire par voie électronique auprès de 492 MG libéraux et mixtes d'Ille et Vilaine.

Résultats : L'exploitation des 91 questionnaires remplis révélait qu'une majorité des MG exerçait en groupe (83,52 %), travaillait sur rendez-vous (95,60%), avait recours à un secrétariat (90,11%), à un comptable (82,42%) et à une femme de ménage (80,22%). Sur une semaine d'activité (45,21 heures), 34,55 heures étaient consacrées aux consultations et visites, 2,39 heures aux tâches administratives et 3 heures aux tâches de gestion du cabinet. 70,33 % proclamaient maîtriser leur temps de travail et 96,70 % étaient satisfaits de leur façon de travailler. Toutefois 69,23 % écourtaient ou supprimaient leur temps de pause et 20,88 % avaient l'intention de changer leur organisation de travail.

Conclusion : Ce travail apporte des informations sur l'organisation du temps de travail des MG. Il démontre l'influence de l'évolution de la médecine générale sur cette organisation et détermine ce que pourrait être une organisation optimale en médecine générale.

Rubrique de classement : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots-clés : Médecine générale libérale, Temps de travail, Organisation du travail, Charge de travail, Conditions de travail, Optimisation du temps de travail, Evolution de la médecine générale, Région Ille et Vilaine

Mots-clés anglais MeSH : Private general medicine, Working time, Working management, Workload, Working conditions, Optimizing working time, Evolvement of general medicine, Ille et Vilaine region

Président : Madame le Professeur Célia Ravel

JURY: Assesseurs : Monsieur le Professeur Christian Verger
Monsieur le Docteur Alain Caubet
Monsieur le Docteur Ronan Garlantezec
Monsieur le Docteur Didier Myhié [directeur de thèse]