



HAL
open science

Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale : Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle

Marc-Edouard Leroux

► **To cite this version:**

Marc-Edouard Leroux. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale : Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732123

HAL Id: hal-01732123

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732123v1>

Submitted on 14 Mar 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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Marc-Edouard Leroux

Le lundi 14 décembre 2009

**Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale
Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en
Meurthe-et-Moselle**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur ZIEGLER

Président du jury

M. le Professeur THIBAUT

Juge

M. le Professeur KLEIN

Juge

M. le Docteur BERBÉ

Juge et directeur

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Marc-Edouard Leroux

Le lundi 14 décembre 2009

**Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale
Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en
Meurthe-et-Moselle**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur ZIEGLER

Président du jury

M. le Professeur THIBAUT

Juge

M. le Professeur KLEIN

Juge

M. le Docteur BERBÉ

Juge et directeur

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHELLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA - Professeur Marc KLEIN - Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE - Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK - Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN - Docteur Marc MERTEN - Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dumdee (Royaume Uni)

Professeur Théodote H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Wirtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Remerciements

A Monsieur le Président,
Monsieur le Professeur Ziegler,
Professeur de Nutrition

Vous nous faites l'honneur de présider notre thèse.
Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité.
Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Thibaut,
Professeur Émérite de Médecine Interne,

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour avoir accepté de
siéger au sein de notre jury.

Nous apprécierons le jugement que vous porterez sur notre travail.

Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Klein,
Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques,

Vous nous faites l'honneur d'être membre du jury.

Nous tenons à vous remercier de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Berbé,
Chef de Clinique au Département Universitaire de Médecine générale,

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour avoir accepté de
siéger au sein de notre jury.

Nous apprécions votre sympathie, votre précieuse collaboration et votre
disponibilité,

Recevez ici le témoignage de notre sincère estime.

A Fati,

Merci pour ta douceur, ta patience et ton amour qui m'ont permis de mener à terme ce travail.

A mes parents qui m'ont permis de faire ces études

Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises

A mes sœurs,

Camille et Clotilde

A Nicolas et Romain,

A mes neveux et nièces

A Mamie, Chantal, et toute ma famille et ma belle-famille

A mes amis

Vincent, les deux Marc, les deux Alex, Milou et Jayz, Julien, Seb, Kathy et Jamie, Virginie, Pierre, JP, Anne, Maxime Violaine, Quentin, Ludovic, Mathieu, Léopold Lisa et James, Youssouf, Thierry, Dr Lachouffe, Rémi...et aux autres

Merci au Dr Jay pour ses conseils et son aide au traitement statistique des données.

SERMENT

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	14
I. INTRODUCTION	15
1 L'exercice en médecine générale	16
1.1 Définition de la médecine générale ou médecine de famille d'après la WONCA.....	16
1.2 Organisation de la médecine générale en France	17
1.3 Répartition des médecins titulaires du diplôme de médecine générale.....	19
1.3.1 Les médecins exerçant d'autres spécialités médicales ou chirurgicales	19
1.3.2 Les médecins à mode d'exercice particulier	20
1.3.2.1 Définition	20
1.3.2.2 Répartition.....	20
1.3.3 Les médecins salariés	22
1.3.4 Les médecins généralistes libéraux et mixtes	22
1.3.5 Incertitudes statistiques concernant les MEP	23
2 Diversification de l'activité des médecins généralistes.....	24
2.1 Les aspirations des internes en médecine générale	24
2.1.1 Formations complémentaires	25
2.1.2 Temps de travail	25
2.1.3 Modalité d'installation	25
2.1.4 Type d'exercice	25
2.1.5 Caractéristiques de l'exercice libéral	25
2.1.6 Activités paraprofessionnelles.....	26
2.2 Approche de la diversification de l'exercice médical des généralistes libéraux	27
2.2.1 La pratique des jeunes généralistes	27
2.2.1.1 Formations complémentaires	27
2.2.1.2 Temps de travail et activité mixte	28
2.2.1.3 Modalité d'installation	29
2.2.1.4 Les principaux constats	29
2.2.2 La pratique des généralistes	30
2.2.2.1 Formations complémentaires	30
2.2.2.2 Temps de travail	30
2.2.2.3 Modalité d'installation	30
2.2.2.4 Modes d'exercice particulier au cabinet.....	30
2.2.2.5 Activité mixte et activités médicales hors cabinet	31
2.2.2.6 Activités paraprofessionnelles.....	32
2.2.2.7 Les principaux constats	34
2.2.2.8 Typologie des pratiques et activités complémentaires des généralistes.....	35
2.2.2.9 Problématique.....	35
II. OBJECTIFS	36
III. MÉTHODE	38
1 Population étudiée	39
2 Échantillonnage	39
3 Questionnaire	39
4 Déroulement de l'enquête	40

IV. RÉSULTATS	41
1 Profil des généralistes de l'échantillon.....	42
1.1 Sexe.....	42
1.2 Âge.....	43
1.3 Lieu d'exercice.....	44
1.4 Secteur d'exercice.....	45
1.5 Permanence de soins.....	47
1.6 Visites à domicile.....	48
1.7 Organisation du cabinet.....	48
1.8 Temps de travail.....	49
1.9 Formations complémentaires.....	51
1.11 Les activités médicales en dehors du cabinet.....	56
1.12 Les activités paraprofessionnelles.....	57
1.13 Activité mixte.....	57
2 Evaluation de la diversification de l'activité des généralistes.....	59
2.1 Mesure de la diversification de l'ensemble des généralistes.....	59
2.2 Mesure de la diversification en fonction des caractéristiques des généralistes.....	61
2.2.1 La diversification selon le sexe.....	61
2.2.2 La diversification selon l'âge.....	62
2.2.3 La diversification selon le lieu d'exercice.....	63
3 Analyse des profils des généralistes selon leur pratique.....	66
3.1 Âge.....	66
3.2 Sexe.....	67
3.3 Lieu d'installation.....	67
3.4 Formations complémentaires.....	69
3.5 Temps de travail au cabinet.....	69
3.6 Secteur de conventionnement.....	70
3.7 Permanence de soins.....	71
3.8 Visites médicales à domicile.....	71
3.9 Organisation du cabinet.....	72
4 Motivations des généralistes à l'exercice d'activités diversifiées.....	75
5 Part des généralistes envisageant une diversification future.....	77
V. SYNTHÈSE DE L'ETUDE	78
1 Description de l'échantillon de médecins généralistes.....	79
2 Diversification de l'activité des médecins généralistes.....	79
3 Profils des généralistes selon leur pratique.....	80
VI. DISCUSSION	82
1 Qualité de l'enquête.....	83
2 Les généralistes de Meurthe-et-Moselle.....	84
3 Diversification et MEP.....	87
VII. CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	95
ANNEXES	101

ABRÉVIATIONS

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter Universitaire

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

DU : Diplôme Universitaire

ECN : Épreuves Classantes Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de Santé

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

MEP : Médecin à Exercice Particulier ou Mode d'Exercice Particulier

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

SNIR : Système National Inter Régimes

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

I. INTRODUCTION

1 L'exercice en médecine générale

1.1 Définition de la médecine générale ou médecine de famille d'après la WONCA¹ (1)

La médecine générale ou médecine de famille est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques. **C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.**

Les caractéristiques de la médecine générale sont les suivantes :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, et communautaire.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.
- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle fonde sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Les médecins généralistes ou médecins de famille sont donc des médecins spécialistes des soins primaires. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès

¹ WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

1.2 Organisation de la médecine générale en France

Les soins de premier recours sont assurés par les médecins titulaires du diplôme de médecine générale. Ces médecins généralistes sont implantés sur l'ensemble du territoire. Ils exercent principalement au sein de cabinets privés en tant que professionnels libéraux. Certains évoluent dans d'autres structures de soins ambulatoires comme les centres de santé ou dispensaires. Ceux-ci sont gérés par des collectivités locales ou des organismes à but non lucratif. Les médecins qui y travaillent sont en général salariés (2). En France, il existait 401 centres de santé médicaux en France dont 309 en Ile-de-France en 2005. La part de médecine générale dispensée y était de 30% (3). 878 médecins généralistes étaient employés dans ces structures alors que 58 004 officiaient en exercice libéral en 2008 (4).

En Meurthe-et-Moselle, nous avons recensé 720 généralistes libéraux, 1 centre de santé mutualiste, et 12 centres de santé dépendant de la Société de Secours Minière Fer et Sel de Lorraine. Cette société a pris en charge la protection sociale des mineurs et de leur famille, et a mis à leur disposition des centres sanitaires. Depuis 2007, ses structures sont ouvertes à tous les assurés sociaux. (5)

Les principes de la médecine générale libérale remontent à la charte de 1927 : libre choix du médecin par le patient, respect absolu du secret professionnel, droit à des honoraires pour tout malade soigné, paiement direct par l'assuré, liberté thérapeutique et de prescription et liberté d'installation. (6)

La nécessité d'une négociation des tarifs pratiqués par les médecins apparut dès l'instauration de la sécurité sociale en 1945. Il fallut attendre 1971 pour voir naître la première convention nationale, en raison de désaccords entre syndicats et gouvernements successifs. La convention médicale est un contrat entre les caisses d'assurance maladie et le corps médical libéral. Elle comporte un certain nombre de dispositions sur les conditions d'exercice des professionnels et, dans une annexe, les tarifs que sont tenus de respecter les praticiens adhérant à la convention. La convention est signée par les représentants des régimes d'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé pour une période de 5 ans. Elle constitue ainsi le principal outil de régulation de la médecine générale (7).

Dans la première convention nationale de 1971, la sécurité sociale a reconnu le fait libéral et a renoncé à la création de centres de soins ambulatoires en concurrence avec le système libéral. A partir de 1981, l'objectif de maîtrise des dépenses de santé a été introduit dans les différentes conventions (8). La dernière convention a permis l'application de la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 avec la mise en place du dispositif du parcours de soins coordonné et du médecin traitant (9). Elle incite fortement les assurés à déclarer un médecin de leur choix afin qu'il coordonne les soins et assure le lien avec les autres professionnels de santé. Une participation au coût des actes médicaux avec la majoration du ticket modérateur de 10% est appliquée pour toute consultation non ordonnée par le médecin traitant. Les cas d'urgence et certaines spécialités à accès direct telle la gynécologie et telle l'ophtalmologie dérogent à cette règle de parcours de soins coordonnés.

La convention médicale prévoit 3 possibilités d'exercice pour les praticiens libéraux :

-le **secteur 1** : les médecins conventionnés pratiquent des **honoraires opposables**, c'est-à-dire qu'ils s'engagent à respecter les tarifs conventionnels sur la base desquels l'Assurance maladie calcule son remboursement. La somme restant à payer par l'assuré constitue le ticket modérateur et est en général remboursée par une assurance complémentaire. D'après le CNOM, ce secteur d'exercice concernait 90,5% des généralistes libéraux en 2006 (10).

-le **secteur 2** : les médecins sont dits conventionnés à **honoraire libres**. Ils sont autorisés à pratiquer, avec tact et mesure, des tarifs supérieurs à ceux fixés dans la convention. Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie : l'assuré est remboursé sur la base du tarif conventionnel. Certaines assurances complémentaires prennent en charge, en partie ou entièrement le montant du dépassement. Tous les médecins ne peuvent prétendre au secteur 2 : d'après la convention de 2005, seule la première installation libérale le permet et les médecins doivent détenir l'un des titres suivants :

- ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux,
- ancien assistant des hôpitaux généraux ou régionaux n'appartenant pas à un CHU¹
- ancien assistant des hôpitaux spécialisés
- praticien-chef de clinique des hôpitaux militaires
- praticien hospitalier temps plein
- praticien hospitalier temps partiel comptant au minimum 5 ans d'exercice dans cette fonction.

8,5% des généralistes libéraux avaient opté pour ce secteur d'exercice en 2006 (10).

-le **secteur 3** : il concerne les médecins **non conventionnés**. Les praticiens fixent librement leurs honoraires, mais les assurés ne sont remboursés que sur la base d'un tarif dit de responsabilité compris entre 0,6 et 1,2 euros. Seules leurs prescriptions sont entièrement prises en charge par l'assurance maladie. Les médecins non conventionnés composaient 1% de l'effectif total de généralistes libéraux en 2006. (10)

En conformité avec le principe de liberté d'installation, la répartition géographique des cabinets médicaux libéraux n'est pas régulée en France. Il en résulte une distribution inégale des médecins généralistes sur le territoire. De façon générale, les densités médicales sont plus élevées dans le sud de la France. L'Ile-de-France et le Centre sont les régions les moins pourvues (11). Des zones déficitaires sont apparues au sein de nombreuses régions, et pour y remédier, des mesures incitatives ont été décidées depuis 2002 : des aides de l'Assurance Maladie et des collectivités locales, ainsi que des dégrèvements fiscaux sont proposés à tout généraliste volontaire acceptant de s'installer dans une zone en difficulté (12).

Depuis 2005, les médecins généralistes s'organisent entre eux pour assurer **une permanence de soins** durant les heures de fermeture de leurs cabinet, soit de 20 heures à 8 heures en semaine et du samedi 12 heures au lundi 8 heures. Ce dispositif permet la prise en charge par la médecine libérale des demandes de soins non programmées, ne nécessitant pas a priori de lourds moyens d'investigation. Cette permanence est organisée sur la base d'un découpage du territoire en secteurs géographiques, dans lesquels il existe un médecin d'astreinte. Son accès est régulé, soit par le Centre 15, soit par une plate-forme de régulation libérale ayant passé convention et interconnectée avec le centre 15 (13).

¹ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

1.3 Répartition des médecins titulaires du diplôme de médecine générale

Le CNOM¹ a dénombré 94 909 médecins généralistes de formation en activité parmi lesquels 30 742 sont salariés et 64 119 sont libéraux. Cependant, tous ces médecins ne sont pas des médecins de premier recours. En effet, seuls 62,3% d'entre eux exercent exclusivement la médecine générale d'après une étude de 2006 (10).

La DREES a publié ses dernières estimations en 2008. Elle a indiqué que 18 797 des médecins diplômés en médecine générale détiennent des compétences complémentaires leur permettant d'exercer d'autres disciplines médicales. On suppose qu'ils exercent majoritairement la discipline correspondante même si les données actuelles ne permettent pas de le confirmer (11). 24 580 d'entre eux sont enregistrés en tant que salariés. Les 58 004 généralistes restants exercent à titre libéral ou mixte (salarié et libéral) et constituent donc, avec une partie des 878 salariés des centres de santé, le corps des médecins de premier recours (4).

1.3.1 Les médecins exerçant d'autres spécialités médicales ou chirurgicales

Jusqu'en 1984, un étudiant en médecine qui souhaitait devenir spécialiste pouvait le faire de deux manières différentes : soit par la voie hospitalière sélective (internat) soit par la voie universitaire non sélective du CES² à la fin de ses études (14). Le concours national de l'internat a ensuite été rendu obligatoire pour l'accès à la spécialité (15). Aujourd'hui, suite à la réforme du 3ème cycle des études médicales, la médecine générale est devenue une spécialité médicale accessible au même titre que les autres spécialités par les ECN³ (16).

Les CES ont donc permis à des généralistes de formation de l'ancien système d'étude d'exercer des spécialités médicales et chirurgicales. A titre d'exemple, 312 chirurgiens étaient inscrits au Tableau de l'Ordre des Médecins en tant que généralistes au 1er janvier 2008.

Ces médecins constituaient un groupe de 3 725 individus en 2008 d'après la DREES. (4). Leur répartition par type de spécialité est indiquée dans le tableau suivant.

Effectif de généralistes exerçant une spécialité médicale au 01/01/2008

Médecine du travail	2026
Spécialités médicales	1212
Spécialités chirurgicales	312
Psychiatrie	154
Biologie	21

Source : DREES 2008

Contrairement à l'Ordre des Médecins, l'Assurance Maladie enregistre ces médecins comme spécialistes. Dans son répertoire, elle ne les distingue pas de leurs confrères titulaires d'un DES⁴ (11).

¹ CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

² CES : Certificat d'Études Spécialisées

³ ECN : Épreuves Classantes Nationales

⁴ DES : Diplôme d'Études Spécialisées

1.3.2 Les médecins à mode d'exercice particulier

Les médecins compétents exerçant d'autres disciplines médicales sont classés parmi les médecins généralistes par l'Ordre des Médecins.

Comme nous venons de le voir, l'Assurance Maladie distingue ceux qui exercent une spécialité médicale ou chirurgicale en les classant avec les médecins de la spécialité. Les autres médecins dont la compétence n'est pas reconnue comme spécialité¹ ont été répertoriés parmi les médecins à exercice particulier. Cette catégorie inclut également les médecins homéopathes et acupuncteurs (11).

1.3.2.1 Définition

Dans les années 70, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a décidé de nommer médecin à exercice particulier tout médecin ayant un mode de diagnostic et/ou thérapeutique différent des médecins généralistes «traditionnels» (17).

Une définition plus précise nous est délivrée par l'IRDES²:

« Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. On peut ainsi distinguer parmi les omnipraticiens libéraux ceux qui exercent réellement une médecine générale (généraliste) de ceux qui pratiquent une médecine plus spécifique (MEP³). Le trait commun aux généralistes et aux MEP est la valeur des tarifs conventionnels des actes de consultation et de visite, qui est inférieure à celle des spécialistes. » (17)

1.3.2.2 Répartition

La DREES a recensé 18 797 médecins généralistes de formation à compétence complémentaire et exerçant une discipline médicale différente. 3 725 pratiquent une spécialité médicale ou chirurgicale. 15 072 sont des médecins à exercice particulier, d'après la définition citée plus haut (4). Les disciplines concernées ont nécessité pour leur exercice l'obtention de diplômes complémentaires type DU, DIU, Capacité médicale ou DESC⁴. Elles constituent des qualifications reconnues par l'Ordre des Médecins ; pour la Sécurité Sociale, ce sont des modes d'exercice particulier. Elles ont été détaillées dans les deux premiers groupes de la classification qui suit.

Les pratiques d'homéopathie et d'acupuncture constituent le troisième groupe de MEP. Leur effectif a été estimé par la DREES à 9 443 parmi les médecins généralistes de formation : 8 136 médecins généralistes parmi les médecins titulaires du seul diplôme de médecine générale (qu'ils soient salariés ou libéraux), 1 307 parmi les médecins compétents exerçant une discipline différente.

¹ La liste et la réglementation des DES est fixée par l'arrêté du 22-9-2004 (16)

² IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Économie de Santé

³ MEP : Médecin à Exercice Particulier ou Mode d'Exercice Particulier

⁴ DU : Diplôme Universitaire ; DIU : Diplôme Inter Universitaire ; DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

Les modes d'exercice particulier ont été répartis en trois groupes par l'Assurance Maladie (17) :

- les MEP proches de la médecine générale :

Gérontologie-gériatrie	Médecine du sport	Médecine aérospatiale
Hydrologie et climatologie médicale	Pathologie des infections tropicales	Evaluation et traitement de la douleur
Aide médicale urgente	Médecine de catastrophe	Toxicomanie et alcoologie
Médecine d'urgence	Médecine pénitentiaire	Médecine polyvalente d'urgence
Phoniatry	Réanimation médicale	Techniques transfusionnelles

D'après la DREES, leur effectif s'élevait à 12 065 au 1^{er} janvier 2008. Les médecins du sport étaient majoritaires, constituant 51% de l'ensemble, devant les gériatres qui représentaient 16% du total (4).

Le mode d'exercice libéral ou mixte concernait 56,6% de ce groupe de médecins.

Signalons que gériatrie et réanimation médicale sont devenues des spécialités médicales suite aux applications des arrêtés de 2002 et 2004 (18, 19).

- les MEP éloignés de la médecine générale :

Allergologie	Nutrition	Médecine légale	Angiologie
--------------	-----------	-----------------	------------

Leur effectif a été estimé à 3 007 au 1^{er} janvier 2008, dont 65% d'angiologues. 83,6% exerçaient sous un mode libéral ou mixte (4).

- l'homéopathie et l'acupuncture :

Ces deux disciplines font partie des médecines complémentaires et parallèles, également appelées alternatives. Les médecines complémentaires sont définies par l'OMS¹ comme étant « un vaste ensemble de pratiques de santé qui ne font pas partie de la tradition du pays même ou ne sont pas intégrées à son système de santé prédominant » (20). D'autres médecines alternatives sont dispensées par les médecins français : il s'agit de la mésothérapie, de l'ostéopathie et de la phytothérapie principalement (21). Leur exercice n'est pas reconnu par la Sécurité sociale et bien que répondant à la définition de MEP, elles n'ont pas été comptabilisées dans les statistiques de la DREES.

¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

La DREES a estimé le nombre d'homéopathes et acupuncteurs à 9 443 parmi l'effectif entier des généralistes de formation. Si l'on ne tient compte que des médecins diplômés en médecine générale et n'ayant aucune compétence complémentaire, leur nombre s'établit à 8 136. La répartition entre médecins libéraux et salariés n'est pas connue (4).

1.3.3 Les médecins salariés

En 2008, la DREES estimait à 24 580 le nombre de médecins salariés exclusifs parmi les médecins diplômés en médecine générale ne présentant aucune compétence complémentaire. La moitié d'entre eux travaillaient à l'hôpital public, 8,1% en clinique privée, 3,1% en centre de santé, 12,6% en centre de prévention, et 27,6% dans d'autres structures (4). Seuls les médecins salariés travaillant en centre de santé exercent la médecine générale.

1.3.4 Les médecins généralistes libéraux et mixtes

Ils exercent réellement la médecine générale et constituent la quasi-totalité de l'effectif des médecins de premier recours. La DREES a estimé leur nombre à 58 004. Si la plupart des médecins généralistes pratiquent en tant que libéraux exclusifs, une partie d'entre eux associe une activité salariée à leur exercice libéral de la médecine générale : ils réalisent alors un exercice mixte. D'après le CNOM, ces derniers représentaient 9,6% des généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2009 (22).

Répartition de l'activité mixte selon l'Ordre des Médecins

	libéral + salarié non hospitalier	libéral + salarié hospitalier	libéral + sal. hosp. + sal. non hosp.	total
Effectif	2836	2952	414	6202
Proportion par rapport à l'effectif des généralistes de formation et libéraux	4,90%	5,00%	0,70%	9,60%
Proportion par rapport à l'effectif total des généralistes de formation	2,90%	3,10%	0,50%	6,50%

Source CNOM 2009

1.3.5 Incertitudes statistiques concernant les MEP

Le SNIR¹ est le fichier de recensement des professions médicales libérales. Il est géré par la CNAM² et a enregistré 61 294 médecins généralistes de formation à activité libérale en 2007. Il a comptabilisé 53 927 médecins généralistes, 3 893 médecins à MEP non homéopathes ni acupuncteurs, 1 769 acupuncteurs et 1 705 homéopathes (23).

La DREES a décompté 58 008 généralistes libéraux et 9 344 médecins MEP non homéopathes ni acupuncteurs en 2008. Les homéopathes et acupuncteurs forment un groupe de 9 443 médecins chez l'ensemble des généralistes de formation ; la répartition entre libéraux et salariés n'a pas été indiquée (4).

Le recensement des MEP s'est effectué sur la base de déclarations des praticiens à l'Assurance Maladie pour le SNIR et sur la prise en compte des compétences et diplômes complémentaires des médecins pour la DREES.

Cependant, la déclaration des médecins MEP à la Sécurité Sociale n'est pas obligatoire. Le SNIR a probablement sous-évalué leur effectif. Quant à la DREES, elle n'a pas les moyens de savoir si les médecins « compétents » exercent réellement la discipline correspondante et à quel degré. Il est possible qu'elle ait surestimé le nombre de médecins MEP.

Le CNOM n'a pas publié de données spécifiques concernant les médecins à MEP. Bien qu'il enregistre les diplômes des médecins qui le souhaitent, l'Ordre des Médecins ne sait pas non plus si les compétences en rapport sont exercées, ni à quel degré. Le but de la déclaration de ces diplômes par les médecins est d'obtenir l'autorisation de porter leurs qualifications sur la plaque de leur cabinet ou sur leurs feuilles d'ordonnance. La liste des diplômes reconnus est fixée par le CNOM conformément aux articles 79-80 et 81 du Code de déontologie médicale (24).

SYNTHÈSE

- **Les médecins généralistes, spécialistes des soins primaires, sont principalement libéraux.** Une faible proportion exerce en tant que salarié dans des dispensaires ou centres de santé. La convention médicale, signée par les syndicats médicaux et le Caisse d'Assurance Maladie fixe les conditions d'exercice et les tarifs des médecins généralistes libéraux. 9 médecins sur 10 sont conventionnés en secteur 1 et applique les honoraires opposables. 1 médecin sur 10 exerce en secteur 2 dit des honoraires libres ou en secteur 3 hors convention : ils sont alors autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires.

- **Les médecins généralistes de formation n'exercent pas tous la médecine générale.** Certains sont titulaires de CES et pratiquent une spécialité médicale ou chirurgicale. D'autres exercent des disciplines n'étant pas reconnues comme des spécialités, ou délivrent des soins d'homéopathie ou d'acupuncture : ce sont les médecins à mode d'exercice particulier (MEP). 30% des médecins diplômés en médecine générale sont salariés, et 3% d'entre eux seulement travaillent dans un centre de santé. Au final, les médecins généralistes susceptibles d'assurer des soins de premier recours sont environ 58 000 d'après la DREES.

- **Des écarts importants ont été observés dans le recensement des médecins MEP** selon les sources d'information démographique. Le degré de pratique de ces MEP n'est pas connu.

¹ SNIR : Système National Inter Régimes

² CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

2 Diversification de l'activité des médecins généralistes

Nous avons constaté que les médecins généralistes de formation ne délivrent pas tous des soins de premier recours.

Parallèlement aux médecins de l'ancien régime d'étude qui exercent d'autres spécialités, de nombreux médecins possèdent des compétences ou qualifications leur permettant d'exercer des disciplines médicales différentes appelées MEP. Les différentes sources d'information ne portent pas les mêmes estimations sur la démographie des médecins à MEP et n'ont pas les moyens de connaître le degré d'exercice de la discipline pratiquée.

D'autre part, un exercice mixte, associant activité libérale et salariée, concernait près de 10% des généralistes libéraux en 2009 d'après l'Ordre des Médecins.

Il apparaît donc que la délivrance de soins primaires peut être associée à une activité plus spécifique, d'ordre salariée ou constituant un MEP. Les médecins concernés réalisent alors une diversification de leur activité médicale.

Dans un premier temps, nous allons analyser les désirs des jeunes générations de médecins quant à leur exercice futur, grâce à diverses études dont nous disposons. Puis nous les confronterons aux pratiques des généralistes installés, recensées dans d'autres travaux. Nous tenterons ainsi de mieux connaître l'attractivité et les modalités d'exercice de l'activité mixte et des MEP dans la profession de généraliste. A partir de ces données, nous essaierons de définir les modalités de diversification médicale des généralistes.

2.1 Les aspirations des internes en médecine générale

Plusieurs enquêtes portant sur les projets professionnels des internes en médecine générale ont été menées dans les années 2000.

La plus grande a été réalisée à l'échelle nationale en 2007 par deux internes grenoblois avec l'aide de l'ISNAR-IMG¹, syndicat des internes en médecine générale (25). La moitié de l'effectif des futurs généralistes a été sollicitée par courrier, 827 réponses sur 2 927 ont été obtenues.

Une étude préalable avait été menée en 2004 auprès des 6 facultés de médecine régionales par l'URML² Rhône-Alpes (26). 677 internes avaient été contactés par voie postale et 367 réponses avaient été enregistrées. Comme nous allons le voir par la suite, cette enquête a été riche d'enseignements.

D'autres études menées dans différentes universités ont également été instructives : il s'agit de l'enquête réalisée auprès de 58 internes en 2007 par l'Association des futurs généralistes stéphanois (27) et des travaux de thèse de R. Del Vecchio à Créteil (28) et de M. Aroulandom-Vanzo à Paris Sud (29) en 2007.

Ces études ont permis de connaître les principales attentes des internes en matière d'exercice libéral.

¹ ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

² URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

2.1.1 Formations complémentaires

De 64 à 90% des internes envisageaient une ou plusieurs formations complémentaires type DU, Capacités ou DESC. (27, 26)

A Saint-Étienne (26), les domaines de formation évoqués ont été, des plus cités au moins cités :

- gynécologie, urgences
- allergologie, gériatrie, soins palliatifs, expertises médicales, médecine légale
- homéopathie, recherche clinique, psychiatrie, angiologie, urgences pédiatriques, expertise en balistique/victimologie, médecine du sport, échographie, traumatologie.

2.1.2 Temps de travail

De 29 à 38% des internes envisageaient de travailler à temps partiel (28, 29) ; la différence entre les genres est notable, puisque les hommes se projetaient à 80% à temps complet contre seulement 42 % des femmes. (29)

D'après l'étude réalisée par l'URML Rhône-Alpes (26), les internes imaginaient travailler 9,2 demi-journées et 42 h par semaine en moyenne.

2.1.3 Modalité d'installation

L'exercice seul en cabinet libéral n'intéressait que 3.4% des étudiants en Rhône alpes (26), et 4,6% des internes d'après l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG (25). **L'exercice en groupe** était très sérieusement envisagé pour 50 à 67% des étudiants, suivi du projet de maison médicale pluridisciplinaire pour 18 à 36% des étudiants. (25, 26)

2.1.4 Type d'exercice

Un exercice mixte, mêlant activité libérale et salariée, a été souhaité par 28 % des étudiants d'après l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG. En comparaison, ils étaient 49% à souhaiter un exercice libéral exclusif. On observe des disparités régionales, puisqu'en région parisienne et dans la région Rhône-Alpes, 40% des internes ont indiqué vouloir développer un exercice mixte, alors qu'à Saint-Etienne, ils sont 27% à avoir évoqué ce choix, conformément au résultat national.

L'exercice mixte apparaît plus attractif pour les internes en début de cursus que pour ceux en fin de cursus : de 50 à 65% en TCEM1¹, ils n'étaient plus que 30 % en TCEM3 à l'envisager (26, 29). On peut l'expliquer par la méconnaissance de l'exercice libéral en début d'internat.

2.1.5 Caractéristiques de l'exercice libéral

Seule l'étude de l'URML Rhône Alpes détaille les attentes des internes ayant opté pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) : **71,5% d'entre eux se destinaient à une activité de médecine générale traditionnelle, sans orientation pour deux tiers d'entre eux, avec orientation type nutrition pour le tiers restant.** 17% s'écartaient de ce modèle, soit par la pratique d'un exercice particulier prédominant type homéopathie ou acupuncture, soit par

¹ TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

l'exercice d'une activité spécifique exclusive type angéiologie, allergologie ou médecine du sport (26).

Type et caractéristiques de l'exercice libéral envisagé

Exercice traditionnel de la médecine générale	45%
Exercice traditionnel avec orientation	26,50%
Exercice particulier prédominant	5,80%
Activité spécifique exclusive	11,30%
Ne savent pas encore	10%
Autres	1,40%

Source URMLRA 2004

2.1.6 Activités paraprofessionnelles

Toujours en Rhône Alpes, les internes, interrogés sur leur engagement paraprofessionnel, ont mentionné majoritairement les activités d'enseignement et de maître de stage comme possibles ou sérieusement envisagées. Par contre, ils étaient moins nombreux à évoquer un éventuel engagement syndical, ordinal ou au sein d'une URML et seuls quelques internes l'envisageaient sérieusement (26).

Activités paraprofessionnelles envisagées

Activité paraprofessionnelle envisagée	Sérieusement	Eventuellement	a priori non
Enseignement	9,10%	43,90%	43,60%
Maitre de stage	8,30%	53,30%	35,90%
URML	0,30%	16,90%	77,10%
Conseil de l'Ordre	1,10%	14,60%	80,10%
Syndicat ou association professionnelle	3,60%	23,20%	69,90%

Source URMLRA 2004

SYNTHÈSE

Afin de connaître les aspirations des futurs médecins, nous nous sommes intéressés à 5 enquêtes traitant des projets professionnels des internes en médecine générale. 64 à 90% d'entre eux ont souhaité acquérir une formation complémentaire. Les femmes se sont projetées majoritairement à temps partiel. L'exercice en cabinet de groupe ou en maison pluridisciplinaire a été plébiscité. Une activité mixte associant médecine libérale et salariée a été envisagée par 27 à 40% des internes. Parmi les étudiants se destinant à la médecine générale libérale, moins de la moitié d'entre eux envisageaient un exercice traditionnel sans orientation et presque autant songeaient à pratiquer des MEP en parallèle ou en exclusivité.

Le modèle du médecin généraliste traditionnel exerçant seul à son cabinet ne correspond pas aux attentes des généralistes en formation, qui aspirent plutôt pour un exercice libéral en groupe, à temps partiel pour les femmes et agrémenté d'une activité salariée ou d'un MEP.

2.2 Approche de la diversification de l'exercice médical des généralistes libéraux

Après avoir analysé les attentes des internes, nous allons nous intéresser aux pratiques des généralistes. Comment exercent-ils la médecine générale ? Quelle place occupe l'activité mixte, si populaire auprès des internes ? Quelle est la nature de leurs activités complémentaires ? A partir de ces informations, nous décrirons les modes de diversification de l'exercice en médecine générale.

Dans un premier temps, nous allons étudier le comportement des jeunes médecins, et notamment ceux qui se sont installés. Puis nous analyserons les pratiques des généralistes dans leur ensemble grâce à d'autres sources bibliographiques.

2.2.1 La pratique des jeunes généralistes

Divers travaux de thèse se sont intéressés au devenir socioprofessionnel d'anciens internes en médecine générale plusieurs années après la fin de leur internat. Des études ont notamment été réalisées à Caen (30), Poitiers (31) et Lyon (32) entre 2006 et 2007. Les principaux enseignements sont exposés ici.

2.2.1.1 Formations complémentaires

Les trois enquêtes ont mis en évidence un niveau de formation complémentaire déjà élevé, puisque **45 à 62% des jeunes généralistes détiennent un diplôme complémentaire** (30, 31, 32).

Les formations en rapport avec la médecine d'urgence étaient les plus répandues chez les anciens internes de Caen et Lyon, représentant respectivement 41% et 42% de l'ensemble des diplômes déclarés. En dehors de la médecine du sport, les domaines de formation ont concerné essentiellement des disciplines rencontrées en milieu hospitalier. Dans l'étude lyonnaise, ce sont les médecins salariés qui ont été les plus diplômés (63% d'entre eux) devant les médecins installés (26% d'entre eux) et les remplaçants (10% d'entre eux). Il en est de même dans l'étude de Poitiers.

Diplômes complémentaires les plus représentés

Médecins de la faculté de Lyon thésés entre 2002 et 2004	%
Capacité de Médecine d'urgence	22,80%
DIU Urgences Adultes	8,40%
DIU Urgences Pédiatriques	5,90%
DIU Médecine du Sport	5,50%
DIU Médecine et hygiène tropicale	5,50%
Capacité de Médecine de catastrophe	5,50%
DIU de Traumatologie à l'usage de l'urgentiste	4,60%
Capacité de Gériatrie	4,20%

Thèse FROU 2006

Médecins de la faculté de Caen anciens internes de 1992 à 2002	%
Capacité de Médecine d'urgence	12,40%
DU et Capacité Douleur	10,00%
Capacité de Médecine et biologie du sport	8,90%
DU Médecine d'urgence	7,10%
DU Imagerie médicale d'urgence	7,10%
DU Soins palliatifs	5,90%
Capacité de Gériatrie	4,10%
DU Urgence pédiatrique	3,50%

Thèse BADARELLE 2007

Parmi les jeunes médecins de l'étude caennaise, les deux tiers envisageaient de s'inscrire à une formation complémentaire. On remarque que les domaines de formations cités se rapportent davantage à des disciplines pouvant être exercées en libéral comme l'ostéopathie, la médecine du sport, la nutrition ou l'homéopathie (30).

Les dix formations complémentaires les plus fréquemment envisagées par les jeunes généralistes de Caen

Médecine d'urgence	10,50%
Ostéopathie	9,90%
Gériatrie	9,90%
Médecine et biologie du sport	7,90%
Gynécologie	5,30%
Traitement de la douleur	4,60%
Nutrition	4,60%
Soins palliatifs	3,90%
Homéopathie	3,90%
Médecine de catastrophe	3,30%
Autres	36,20%

Thèse BADARELLE 2007

2.2.1.2 Temps de travail et activité mixte

Le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine pour l'ensemble des 80 jeunes installés issus de la faculté de Lyon est de 7,9, variant de 8,7 pour les hommes à 6,9 pour les femmes. 31% d'entre eux ont déclaré une **activité complémentaire**, le plus souvent salariée : ils ont alors consacré 6,7 demi-journées hebdomadaires à l'exercice libéral. L'activité complémentaire la plus fréquemment citée consiste en des vacations hospitalières (32).

Quant à l'étude de Poitiers, qui a recensé 68 jeunes médecins installés, la durée moyenne de travail en libéral est de 9 demi-journées par semaine, 9,4 pour les hommes et 8,4 pour les femmes. 10% ont exercé une activité complémentaire, salariée pour la moitié d'entre eux (31).

Chez les médecins issus de la faculté de Caen, la part d'activité mixte s'élève à 17% de l'ensemble de l'effectif étudié. Ce pourcentage est en réalité élevé compte tenu d'un taux d'installation en libéral de 25% (30).

2.2.1.3 Modalité d'installation

Parmi ces médecins installés, 77,3% à 90% exerçaient **en cabinet de groupe** et 10 à 22,7% exerçaient **seuls** (30, 31, 32).

2.2.1.4 Les principaux constats

La majorité des jeunes généralistes ont obtenu un diplôme complémentaire, et la plupart envisageaient de s'inscrire à de nouvelles formations, en conformité avec les souhaits des internes. Mais ces diplômes étaient principalement détenus par les médecins salariés, au détriment des libéraux installés et remplaçants.

Les activités complémentaires ont été exercées à des degrés divers selon la région d'origine : les médecins installés issus des facultés de Caen et de Lyon étaient davantage en phase avec les attentes des internes que ceux de Poitiers, moins adeptes de diversification.

La pratique de MEP parmi les libéraux n'a pas été évaluée par ces différentes études ; en analysant les listes des diplômes obtenus à Lyon et à Caen, on se rend compte qu'ils concernent majoritairement des disciplines à exercice hospitalier et parmi les disciplines à exercice libéral, seule la médecine du sport tient une bonne place. Les médecines alternatives ne sont presque pas représentées. Cependant, elles figurent d'avantage dans la liste des formations envisagées par les jeunes généralistes de Caen : leur expérience professionnelle a probablement modifié leurs perspectives.

SYNTHÈSE

Nous avons analysé 3 travaux de thèse qui ont étudié le devenir socioprofessionnel d'anciens internes de médecine générale deux à quatorze ans après la fin de leurs études (Caen, Lyon, Poitiers). Ils ont mis en évidence un taux de formation complémentaire élevé parmi les jeunes médecins, variant de 45 à 62%. Les salariés ont été les plus diplômés, et les domaines de formation ont concerné principalement des disciplines hospitalières. Parmi les médecins installés en libéral, 77 à 90% travaillaient dans un cabinet de groupe et 10 à 30% exerçaient des activités complémentaires. A Caen, le taux d'activité mixte s'est porté à 17% de l'ensemble des médecins suivis. La pratique de MEP n'a pas été analysée mais était tout de même envisagée si l'on en croit les domaines de formation projetés par les jeunes médecins de Caen.

2.2.2 La pratique des généralistes

Afin de mieux connaître leur activité, **plusieurs études ont été menées auprès d'échantillons de médecins généralistes installés en cabinet libéral.**

Au niveau national, nous disposons des travaux réalisées par l'INPES¹ en 2003 (33), et par la CNAMTS² en 2002 (40). Des enquêtes régionales ont également été instructives. La principale a été réalisée par la DREES auprès de panels de 5 régions (35) ; d'autres ont été menées par des URML (en Aquitaine en 1999 (36), en Ile de France en 2000 (37) et en région PACA³ en 2005 (38)), par l'URCAM⁴ (Bretagne 2002 (39)), et dans le cadre d'une thèse de médecine (Haute-Garonne 2006 (21)). Les résultats ont été consignés dans un tableau comparatif permettant de confronter les résultats de ces études (cf. p.33).

2.2.2.1 Formations complémentaires

L'étude de la DREES montre **des disparités entre les régions étudiées.** La proportion de médecins généralistes déclarant des diplômes complémentaires varie de 30% en Basse-Normandie, région plutôt rurale, à 60% en région PACA, région très urbanisée (35).

2.2.2.2 Temps de travail

Une récente synthèse de l'IRDES a évalué à **54,6 heures le temps de travail hebdomadaire moyen des généralistes**, temps d'astreinte inclus (40). L'enquête de l'URCAM, réalisée en Bretagne en 2002, l'a estimé à 9,4 demi-journées (39), et une étude sur la féminisation de la médecine en Rhône-Alpes a relevé un chiffre de 8,7 demi-journées par semaine, variant selon le genre de 7,6 chez les femmes à 9,3 chez les hommes (41).

2.2.2.3 Modalité d'installation

L'exercice en cabinet de groupe a été adopté par 51,1% des généralistes d'après l'enquête nationale de l'INPES (33). Des disparités régionales importantes ont été observées : la proportion des médecins de groupe varie entre 40% en Bourgogne et 65,3% en Pays-de-la-Loire d'après l'enquête interrégionale de la DREES (35).

2.2.2.4 Modes d'exercice particulier au cabinet

L'étude de l'INPES a indiqué un taux de pratique de MEP par les généralistes de l'ordre de 65,3%, dont 83,5% de manière occasionnelle et 14,5% de manière systématique. 3 médecines alternatives ont figuré dans le questionnaire et au niveau des résultats de cette enquête : il s'agissait, par ordre de fréquence d'exercice, de l'homéopathie, de la mésothérapie et de l'acupuncture (33).

L'étude interrégionale de la DREES a mesuré un taux de pratique variant entre 12,3% en Bretagne et 17,9% en PACA. Les médecins à MEP exclusifs avaient préalablement été exclus des panels. Les disciplines représentées relevaient également des médecines alternatives : les plus citées ont été l'homéopathie, la mésothérapie, l'acupuncture puis

¹ INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

² CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

³ PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

⁴ URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

l'ostéopathie. La part moyenne d'exercice de ces MEP dans l'activité médicale des généralistes concernés variait entre 22% en Basse-Normandie et 33% en PACA (35).

Une enquête antérieure datant de 2005 et réalisée en PACA indiquait un résultat très différent, puisqu'elle retrouvait un taux de pratique de MEP de 57%. L'URML de cette région avait mené l'étude auprès d'un panel de généralistes représentatifs. Les médecins à MEP exclusifs avaient été également exclus. Le taux de réponse postale s'était porté à 91%, contre 63,5% dans l'étude de la DREES (38, 35). La différence entre les résultats est difficilement explicable : elle est probablement liée à des élaborations différentes des questionnaires ; la manière dont la question recensant les MEP a été posée a pu être responsable de tels écarts.

L'étude réalisée par l'URLMA¹ auprès des généralistes aquitains a recensé un éventail de disciplines exercées plus important : 64,2% des généralistes interrogés ont déclaré présenter une compétence particulière ou MEP, et pour 60% d'entre eux, il s'agissait d'une médecine alternative. Ces compétences ont fait l'objet d'un exercice exclusif pour 25% des médecins concernés. Parmi les disciplines citées, on distinguait, par ordre de fréquence d'exercice (36):

- homéopathie
- mésothérapie
- médecine du sport
- acupuncture
- médecine physique,
- nutrition
- psychothérapie
- médecine légale et expertises
- thermalisme

2.2.2.5 Activité mixte et activités médicales hors cabinet

La CNAMTS, dans une enquête nationale de 2002 a estimé à 25% le taux d'activité mixte parmi les généralistes français. La proportion des généralistes ayant une activité hospitalière annexe s'élevait à 14%, et 5% intervenaient en centre de soins (40).

Les enquêtes régionales ont révélé des résultats disparates : le taux d'activité mixte en Pays-de-la-Loire était de 42% en 2007 (35, 42). En Bretagne, il était évalué à 18% en 2002 (39). En Ile-de-France, la proportion de médecins à exercice mixte représentait 50% de l'effectif des médecins libéraux. Cette étude tenait compte de l'ensemble des médecins libéraux, aussi bien généralistes que spécialistes (37).

L'étude de l'URMLA a mesuré un taux de généralistes à activité mixte de 23%. Elle a aussi fait part **d'activités médicales non rémunérées et réalisées en dehors de leur cabinet**, concernant 14% des généralistes (36).

Les activités citées dans les précédentes enquêtes ont été :

- activité hospitalière ou en clinique
- activité en centre de soins
- coordination d'EHPAD²
- régulation téléphonique des urgences

¹ URMLA : Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine

² EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

- médecine du travail, d'entreprise
- médecine scolaire
- encadrement médical d'événements sportifs

2.2.2.6 Activités paraprofessionnelles

L'étude INPES indique qu'une partie des généralistes français sont impliqués dans l'évolution de leur profession : en tant que **maître de stage** pour 10,5% d'entre eux, en tant que **syndicaliste** pour 11,5% d'entre eux ou par leur activité au **Conseil de l'Ordre des Médecins** pour 4,5% d'entre eux (33).

En 2007, 4,5 à 7% des généralistes bourguignons ont fait état de responsabilités au sein **d'URML**, de syndicat et à l'Ordre des Médecins (35, 43). Ces mêmes activités ont concerné 2,4% des généralistes aquitains d'après l'URMLA (36).

9% des généralistes d'Aquitaine et 6,2% des généralistes bretons étaient investis dans des activités **d'enseignement** (36, 39).

SYNTHÈSE

Nous avons analysé deux études nationales et plusieurs études régionales traitant de l'exercice professionnel des généralistes. Elles nous ont permis de dresser **le profil d'activité des médecins généralistes**. Les résultats sont exposés dans un tableau comparatif page 33.

30 à 60% des généralistes détenaient des diplômes complémentaires et 40 à 65% des médecins exerçaient dans un cabinet de groupe. Le temps de travail moyen des généralistes a été évalué à 54,6 h par semaine.

65% des généralistes pratiquaient des **MEP** d'après les enquêtes de l'INPES (nationale) et de l'URMLA (régionale). L'étude de la DREES à travers 5 régions estimait le taux de pratique de MEP de 12 à 18%. **Cette disparité interpelle et pose le problème d'une définition commune des MEP**. Les principaux MEP évoqués dans les différentes études ont été l'homéopathie, la mésothérapie, l'acupuncture et l'ostéopathie.

Le taux d'activité mixte a été évalué à 25% au niveau national par la CNAMTS et variait entre 18 et 42% selon les régions. Les activités salariées étaient composées de vacations hospitalières, d'activité en centre de soins ou encore de coordination d'EHPAD. Des activités non salariées exercées à l'extérieur du cabinet ont également été répertoriées par l'étude de l'URMLA : la régulation téléphonique des urgences ou l'encadrement d'événements sportifs en faisaient partie.

1 à 11,5% des généralistes participaient aux activités de l'Ordre, des URML, des syndicats ou intervenaient en tant qu'enseignant et maître de stage.

Tableau comparatif des principales enquêtes de pratique des généralistes

ENQUETES	2002	2003	2007					2006	2005	2002	2000	1999	
	CNAMTS	Baromètre santé INPES	Etude DREES * ----- Panel 5 régions -----					Thèse LHOMME	URML/ORS PACA *	URCAM Bretagne	URML IDF**	URMLA	
	National	National	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays-de-la-Loire	PACA	Haute-Garonne	PACA	Bretagne	Ile-de-France	Aquitaine	
Référence bibliographique	40	33	35	35,43	35	35,42	35	21	38	39	37	36	
Effectif n=	NR	2057	200	250	400	450	601	159	545	544	404	935	
Taux de réponse	NR	55,60%	67,30%	52,70%	51,30%	52,60%	63,50%	49,70%	91%	36%	45,20%	28%	
Mode de recueil des données	NR	téléphonique	téléphonique	téléphonique	téléphonique	téléphonique	téléphonique	postal	postal	postal	postal	postal	
diplômes complémentaires	NR		30,80%	46%	37,30%	39,30%	59,20%	NR	NR	50%	53%	NR	
MEP déclarés	NR	65,30%	16%	18,90%	12,30%	16%	17,90%	65%	57%	NR	NR	64%	
MEP	homéopathie		45%				7%	43%				19,50%	
	acupuncture		12%				4%	18%				11,55%	
	ostéopathie		NR				2%	8%				8%	
	mésothérapie		35%				3%	1,25%				19%	
	nutrition		NR	NR	NR	NR	NR	NR	0,80%	NR		7%	
	médecine du sport		NR	NR	NR	NR	NR	NR	0,80%	NR		11,55%	
	expertise / médecine légale		NR	NR	NR	NR	NR	NR		NR		4%	
autres mep		20%				5%		19,60%					
Part d'activité mep par rapport à l'activité libérale totale		NR	22%	29%	24%	30%	31%		NR				
Hors cabinet	total activités salariées	25%	NR	NR	NR	NR	42%	NR	NR	NR	17,80%	49%	23%
	hôpital	14%		15%	28,40%	17,80%	21%	14,50%			16%	31,5	6,60%
	coordination EPHAD	NR		6%	12%	5%	9%	7,50%			NR	NR	NR
	centre de soins	5%					9%				2%	14%	6,10%
	régulation urgences	NR		17,50%	17,30%	11,30%	15%	11,30%			NR	NR	NR
	autres	13%		NR	NR	NR	NR	NR			NR	10%	10%
Activités para-professionnelles	enseignement				NR						6,25%	1,33%	9%
	maître de stage		10,50%		NR						8,90%	NR	NR
	URML		NR		4,50%						2%	NR	
	syndicat		11,50%		7%						4%	NR	2,40%
Ordre		4,20%		5%						1%	NR		
Cabinet de groupe		51,10%	51,20%	39,60%	52,30%	65,30%	51,20%				42%		
Temps de travail par semaine	heures			56,2h	59,6h	55,4h	56,6h	55,7h				45h	
	1/2 journées									9,41			

* MEP exclusifs exclus

** Etude auprès de l'ensemble des généralistes et spécialistes libéraux d'Ile-de-France

2.2.2.7 Les principaux constats

- Les Modes d'exercice particulier, une représentation confuse parmi les enquêteurs et les généralistes

Toutes ces études ont mis en exergue la diversité des activités complémentaires des médecins généralistes. Des disparités régionales ont été observées ; plus particulièrement à propos des MEP, dont la définition semble floue pour nombre d'enquêteurs et de médecins. La discordance entre les deux enquêtes réalisées en PACA à deux ans d'intervalle interpelle : la première indiquait un taux de pratique de 57% alors que pour la seconde, ce taux n'était que de 17,9%.

Aucune des études ne rend compte de la pratique des MEP tels que définis par l'Assurance Maladie. Dans les différentes enquêtes, les MEP ne concernaient que l'exercice libéral alors que la typologie des MEP fait part de disciplines à exercice hospitalier telles la réanimation médicale ou la médecine d'urgence. Les contours des MEP semblent encore plus limités pour l'INPES et la DREES : leurs études ont décrit essentiellement des MEP de médecine alternative. L'analyse des questionnaires élaborés dans ces deux enquêtes laisse apparaître que les choix de réponses à la question recensant les MEP ont porté sur 3 ou 4 disciplines de médecine parallèle et sur une case « autre ». Il n'est donc pas surprenant que de nombreux MEP n'y aient pas figuré. Seule l'étude de l'URMLA a été exhaustive, recensant 35 compétences particulières parmi les généralistes de son échantillon. Elle a été la seule à répertorier les exercices particuliers de nutrition, d'expertise et de médecine du sport.

D'autre part, chaque généraliste a sa propre représentation des MEP, et le degré d'exercice semble contribuer à sa définition. La thèse d'A. Lhomme Renaud nous indique que 24% des médecins de Haute Garonne ont reconnu pratiquer des MEP. Interrogés secondairement sur l'exercice isolé d'acupuncture, d'homéopathie, d'ostéopathie et de phytothérapie, ils étaient alors 65% à déclarer y avoir recours au moins occasionnellement (21). De même, dans l'étude de l'URML d'IDF de 2008, seul un tiers des médecins pratiquant des activités type homéopathie, acupuncture, ostéopathie et allergologie se sont reconnus dans la dénomination MEP ; les autres se sont qualifiés de médecins à orientation complémentaire (44).

Synthèse : Les MEP n'ont pas été recensés de la même façon selon les études, à l'origine de disparités entre les résultats. Les généralistes à exercice particulier ne se reconnaissent pas tous dans la dénomination MEP ce qui a pu être à l'origine de sous-estimations de certaines enquêtes.

- des activités médicales extérieures pas seulement salariées

L'activité mixte est un mode d'exercice répandu, dont le taux varie de 18 à 42% selon les études : elle a été sous-estimée dans les rapports démographiques de l'Ordre des Médecins qui l'a évalué à 9,6% des médecins généralistes libéraux début 2009 (22). **D'autres activités médicales ont eu lieu en dehors du cabinet, et ne dépendent pas d'un régime salarié** : il s'agit par exemple de la régulation téléphonique des soins urgents, rémunérée sous forme d'honoraires, de l'encadrement médical d'activités sportives, parfois bénévole, ou encore des interventions en tant que médecin pompier, qui donnent lieu à des indemnités.

2.2.2.8 Typologie des pratiques et activités complémentaires des généralistes

D'après l'ensemble des données issues de ces enquêtes, nous avons pu établir une **classification des MEP et activités complémentaires des généralistes, reflétant la diversification de leur exercice**. Par souci de simplification, et pour éviter toute confusion, nous avons considéré comme **MEP toute discipline complémentaire exercée au cabinet**. Nous avons exclu de ce champ les compétences particulières donnant lieu à un exercice extérieur.

Nous avons ensuite distingué les activités médicales réalisées en dehors du cabinet des activités paraprofessionnelles qui sont en rapport avec la profession et la discipline de médecine générale.

Constituants de l'activité des généralistes à exercice diversifié :

-Activité de médecine générale « classique », spécialité des soins primaires

-Modes d'exercice particulier pratiqués au cabinet : MEP alternatifs si médecine complémentaire et parallèle (homéopathie, acupuncture,...) et MEP non alternatifs si autre discipline (médecine du sport, nutrition,...)

-Activité médicale hors cabinet : salariée ou autre

-Activité paraprofessionnelle (enseignement, organisation professionnelle ou recherche)

2.2.2.9 Problématique

Les différentes enquêtes évaluant la diversification en médecine générale ont révélé des disparités géographiques mais également méthodologiques.

Seule l'enquête menée par l'URMLA a été complète et a fait part de l'étendue des possibilités de diversification : elle présente néanmoins les inconvénients de son ancienneté (1999), d'un taux de réponse limité (28%) et d'une surreprésentation des médecins MEP (le taux de réponse des homéopathes et acupuncteurs étant deux à trois fois supérieur à celui des généralistes traditionnels).

De ces constatations est apparue l'idée d'une nouvelle enquête faisant part de l'exhaustivité des pratiques des généralistes et de leur fréquence d'exercice. Nous avons choisi de la réaliser en Meurthe-et-Moselle, département dans lequel aucune étude n'a été publiée et qui comporte des zones démographiques variées. Nous nous sommes servis de la classification des activités de diversification établies d'après la bibliographie pour construire notre questionnaire. La question de recherche de notre travail est : combien de médecins généralistes meurthe-et-mosellans diversifient leur exercice médical ?

II. OBJECTIFS

Objectif principal :

- Évaluer la proportion de médecins généralistes diversifiant leur activité en Meurthe-et-Moselle.

Objectifs secondaires :

- Décrire les types de MEP et activités complémentaires déclarés ainsi que leur part dans l'exercice médical total.
- Dégager le profil des médecins à exercice diversifié.
- Connaître les intérêts des différentes pratiques chez les praticiens concernés.

III. MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude descriptive à partir d'un échantillon représentatif de médecins généralistes meurthe-et-mosellans.

1 Population étudiée

La liste de l'ensemble des médecins généralistes installés en Meurthe et Moselle a été établie à partir du site en ligne des Pages jaunes le 01/07/2009. Les médecins généralistes à orientation acupuncture et homéopathie ont été pris en compte. Les généralistes salariés travaillant en centre de santé et les 19 praticiens libéraux de SOS Médecins ont été exclus. Une liste de 720 médecins généralistes a ainsi été constituée.

2 Échantillonnage

230 médecins ont été tirés au sort à partir de la liste établie des 720 médecins généralistes meurthe-et-mosellans.

Le tirage au sort a été réalisé de la manière suivante : attribution d'un numéro aléatoire propre à chaque médecin, réorganisation de la liste de médecins après classement de ces numéros aléatoires par ordre croissant, et constitution de l'échantillon par sélection des 230 premiers médecins de cette liste.

3 Questionnaire (cf. Annexe 1)

Le questionnaire élaboré pour cette enquête est organisé en trois parties.

La première partie dresse le **profil du médecin** : son âge, son sexe, son lieu d'exercice, le mode de fonctionnement de son cabinet, ses formations et la part d'exercice de la médecine générale dans son activité.

La seconde partie s'inspire de la synthèse bibliographique que nous avons réalisée. Elle répertorie l'ensemble des activités complémentaires du médecin, classées en trois catégories :

- **la pratique de MEP au cabinet**, incluant les MEP alternatifs (médecine complémentaire et parallèle) type acupuncture, homéopathie, mésothérapie, ostéopathie, et les autres MEP type médecine du sport, nutrition, addictologie, médecine thermique, expertise, médecine agréée.

- **les activités médicales hors cabinet**, salariées, bénévoles ou régies par un autre mode de rémunération, constituées des activités à l'hôpital, en centre de soins ou en dispensaire, de la régulation téléphonique des urgences, des activités de médecine du travail ou d'aptitude, de médecine légale, de recherche, de coordination de maison de retraite,...

- **les activités paraprofessionnelles** type enseignement, maître de stage, responsabilités au sein d'organisations professionnelles (syndicat, ordre des médecins, URML, groupe de FMC),...

Une dernière partie se compose de deux items : une question ouverte traitant des bénéfices et intérêts des activités complémentaires exercées, et une question à propos d'un éventuel projet de diversification.

4 Déroulement de l'enquête

Le mode de recueil téléphonique a été préféré afin d'obtenir un meilleur taux de réponse, et d'éviter une surreprésentation des médecins à exercice diversifié.

Le questionnaire a préalablement été testé auprès de généralistes mosellans ce qui a permis d'ajuster la durée de l'entretien à une moyenne de 3 minutes, considérée comme acceptable compte tenu de l'emploi du temps chargé des généralistes.

Puis les médecins de l'échantillon ont été contactés en juillet, août et septembre 2009. A ceux qui n'ont pas souhaité répondre au téléphone, un questionnaire écrit a été proposé puis adressé par voie électronique ou postale, accompagné d'une lettre affranchie de retour.

Les questionnaires ont ensuite été saisis et analysés sous le logiciel informatique Excel. Des tests statistiques complémentaires ont été réalisés par le laboratoire informatique Spi-EAO de la faculté de médecine de Nancy : le test du Khi2 a été utilisé pour comparer des effectifs ; le test t de Student a été employé pour la comparaison de deux moyennes ; une analyse de variance à un facteur (ANOVA) a été réalisée pour la comparaison de plus de 2 moyennes.

IV. RÉSULTATS

Parmi les 230 médecins contactés, 5 n'étaient plus en exercice, et 1 avait déménagé dans une autre région. Sur les 224 médecins restants, 177 ont accepté l'entretien téléphonique, 20 ont répondu par voie postale et 3 par voie électronique, permettant d'obtenir un taux de réponse de 89,3 %. Parmi les non-répondants, 7 ont opposé un refus, 11 n'ont pas pu être joints malgré de multiples tentatives, et 6 qui avaient accepté initialement de répondre par courrier n'ont pas renvoyé le questionnaire.

Les réponses postales ont été analysées à part : le taux de réponse a été satisfaisant (79,3%) et le profil des généralistes s'est apparié à celui déterminé par l'ensemble des réponses en termes de répartition géographique (13% rural, 35% semi-rural et 52% urbain) et d'âge (âge moyen de 51,82 ans).

Le part de médecins femmes au sein de cet échantillon est plus faible que celui observé pour l'ensemble de l'effectif (17,4% de femmes). Ce qui est également le cas si on tient compte des médecins n'ayant pas renvoyé leur réponse (taux de 20,7%).

L'hypothèse d'une surreprésentation de médecins diversifiant leur activité dans les réponses postales ne s'est pas vérifiée : au contraire, les taux de médecins à MEP (35%) et à activité médicales complémentaires (21,7%) s'avèrent inférieurs à ceux calculés à partir des données téléphoniques, sans différences significatives lors des tests statistiques.

En conséquent, ces cas ont pu être intégrés à l'échantillon constitué par l'enquête téléphonique.

Synthèse : Nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès de 224 médecins généralistes meurthe-et-mosellans et avons obtenu 200 réponses, dont 23 par voie postale. Le taux de participation a été important, s'établissant à 89%.

1 Profil des généralistes de l'échantillon

1.1 Sexe

L'échantillon se compose de 146 hommes (73%) et de 54 femmes (27%).

Répartition de l'échantillon étudié en fonction du genre

n=200	Effectif	%
Femmes	54	27,00%
Hommes	146	73,00%

1.2 Âge

L'âge moyen des médecins s'est établi à 51,2 ans : 53 ans chez les hommes et 46,4 ans chez les femmes (cf. graphique 1). La différence d'âge entre les genres est très significative ($p < 0.001$).

Près de 6 médecins généralistes sur 10 étaient âgés de plus de 50 ans. La classe d'âge des 50-60 ans était la plus pourvue avec 40,5% de l'effectif total des généralistes. Les trentenaires étaient les moins nombreux, en dernière position après les sexagénaires.

Les femmes, minoritaires parmi les médecins âgés de plus de 50 ans, formaient 36% de l'effectif des 40-50 ans et devenaient majoritaires parmi les médecins de moins de 40 ans (71,4% de l'effectif).

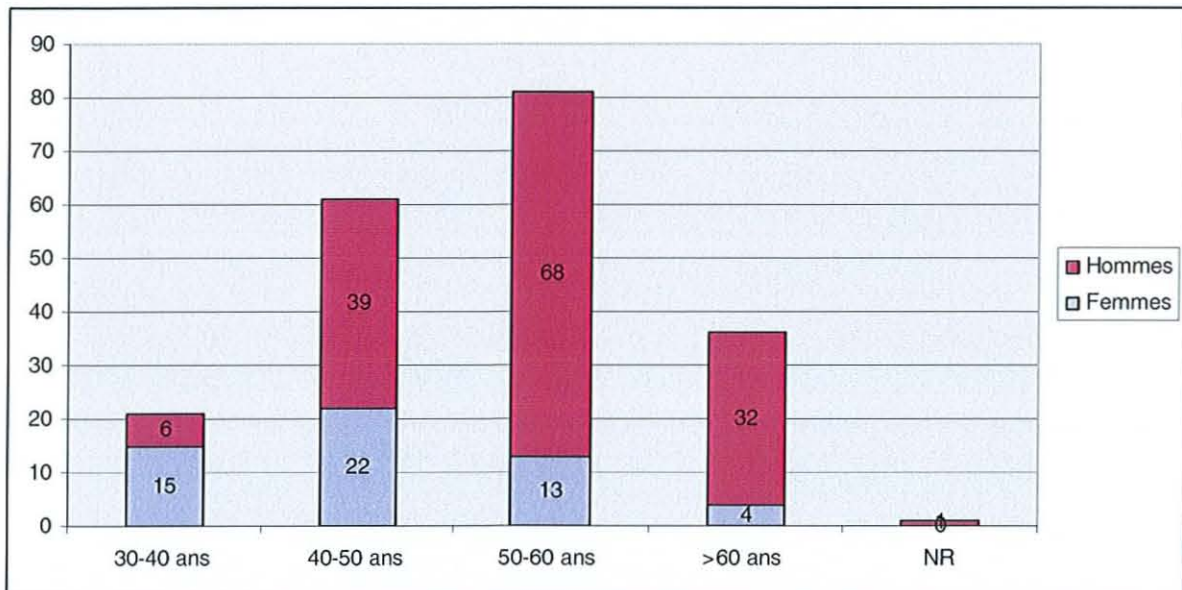
Répartition de l'échantillon de généralistes par classe d'âge

n=200	Femmes		Hommes		Ensemble	
Classe d'âge	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	% n=200
30-40 ans	15	71,42%	6	28,58%	21	10,50%
40-50 ans	22	36,06%	39	63,94%	61	30,50%
50-60 ans	13	16,05%	68	83,95%	81	40,50%
>60 ans	4	11,11%	32	88,89%	36	18,00%
NR	0	0,00%	1	100%	1	0,50%

NR = Non Renseigné. Un médecin a refusé de nous communiquer son âge.

Répartition de l'échantillon de généralistes par classe d'âge

n=199



Synthèse : L'âge moyen des généralistes de l'échantillon s'est porté à 51 ans. Les femmes étaient significativement plus jeunes que leurs confrères masculins (46,4 ans vs 53 ans).

1.3 Lieu d'exercice

La zone d'exercice a été classée en zone urbaine, semi-rurale ou rurale selon l'appréciation du médecin interrogé.

Plus de la moitié de l'effectif des médecins généralistes officiaient en milieu urbain. Un tiers était installé en zone semi-rurale, et 14% en milieu rural.

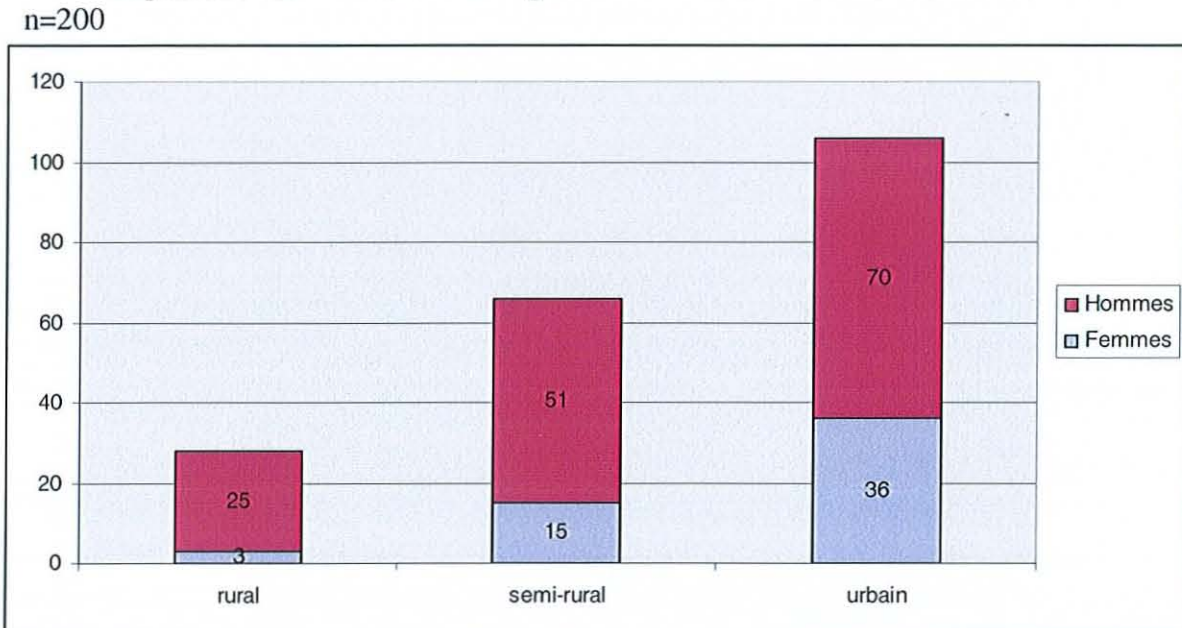
Il existe une différence significative entre la répartition géographique des hommes et celle des femmes généralistes (Test du Khi 2, $p < 0.05$) : les femmes étaient davantage installées en milieu urbain que les hommes et étaient peu nombreuses à travailler en zone rurale.

Répartition de l'échantillon de généralistes en fonction du lieu d'exercice

n=200	Femmes		Hommes		Effectif total	
	effectif	%	effectif	%	effectif	% n=200
rural	3	10,71%	25	89,29%	28	14,00%
semi-rural	15	22,73%	51	77,27%	66	33,00%
urbain	36	33,96%	70	66,04%	106	53,00%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

Répartition de l'échantillon de généralistes en fonction du lieu d'exercice



L'âge moyen des médecins de campagne était de 52,8 ans ; les médecins installés en milieu semi-rural et en milieu urbain étaient sensiblement plus jeunes, l'âge moyen s'élevant respectivement à 49,4 et à 51,8 ans. Le test d'analyse de variances n'a pas retrouvé de différence statistiquement significative entre ces 3 moyennes d'âge (Test ANOVA¹, $p = 0,12$).

¹ ANOVA : ANalysis Of VAriance

Le tableau suivant indique la répartition géographique des généralistes par classe d'âge. On remarque qu'aucun médecin de moins de 40 ans n'était établi à la campagne et que 2 médecins ruraux sur 3 avaient plus de 50 ans, bien que ces résultats ne soient pas significatifs statistiquement.

Lieu d'installation des généralistes par classe d'âge

n=200 Classe d'âge	milieu rural		milieu semi-rural		milieu urbain	
	n	% n=28	n	% n=66	n	% n=106
30-40 ans	0	0,00%	12	18,18%	9	8,49%
40-50 ans	10	35,71%	21	31,81%	30	28,30%
50-60 ans	11	39,29%	23	34,84%	47	44,33%
>60 ans	7	25,00%	10	15,15%	19	17,92%
NR	0	0,00%	0	0,00%	1	0,94%

Synthèse : Plus de la moitié des généralistes de notre étude étaient installés en zone urbaine. Un tiers officiait en milieu semi-rural et le restant en zone rurale. Les femmes se sont réparties différemment de leurs confrères masculins, privilégiant un exercice urbain au détriment de la médecine rurale ($p < 0,05$). Nous n'avons pas retrouvé de différence d'âge significative selon le lieu d'exercice, bien que l'âge moyen des médecins ruraux ait été le plus élevé.

1.4 Secteur d'exercice

La très grande majorité des généralistes étaient conventionnés en secteur 1 ; les médecins secteurs 2 et 3 ne représentaient que 5% de l'effectif total.

Répartition par secteur d'exercice des médecins généralistes

n=200

Secteur d'activité	Effectif	%
Secteur 1	190	95,00%
Secteur 2	9	4,50%
Non conventionné	1	0,50%

Sur les 9 médecins conventionnés en secteur 2, 8 exerçaient en milieu urbain et 1 en milieu semi-rural. Le médecin non conventionné officiait en zone urbaine. Leur âge moyen était de 55,5 ans, plus élevé que l'âge moyen de l'ensemble des généralistes (différence non significative). Le sexe féminin était représenté par 2 médecins, le sexe masculin par 8 médecins.

Tableau récapitulatif des caractéristiques générales des médecins généralistes de l'échantillon étudié

		Effectif	%
Sexe n=200	Femmes	54	27,00%
	Hommes	146	73,00%
lieu d'exercice n=200	rural	28	14,00%
	semi-rural	66	33,00%
	urbain	106	53,00%
secteur de conventionnement n=200	Secteur 1	190	95,00%
	Secteur 2	9	4,50%
	Secteur 3	1	0,50%
classe d'âge n=199	30-39 ans	21	10,50%
	40-49 ans	61	30,50%
	50-59 ans	81	40,50%
	60 ans et plus	36	18,00%
Âge moyen n=199		51,2 ans	

Les généralistes de sexe féminin se sont différenciés de leurs confrères masculins par une moyenne d'âge plus jeune (46 ans contre 52 ans chez les hommes) et un exercice davantage urbain.

1.5 Permanence de soins

43 % des généralistes interrogés ont déclaré participer aux astreintes de soins ambulatoires. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative selon le genre. Par contre, la répartition géographique du cabinet a déterminé des variations significatives de la participation à la permanence de soins ($p < 0,001$). Les généralistes ruraux effectuaient davantage de gardes que leurs confrères, et les généralistes urbains ont été les moins impliqués dans la permanence de soins.

Participation des généralistes à la permanence de soins

	oui		non	
	effectif	%	effectif	%
Ensemble des généralistes n=200	86	43,00%	114	57,00%
Femmes n=54	21	38,80%	33	61,20%
Hommes n=146	65	44,54%	81	55,46%
rural n=28	21	75,00%	7	25,00%
semi-rural n=66	37	56,06%	29	43,94%
urbain n=106	28	26,42%	78	73,58%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

Comme le montre le tableau suivant, les écarts de participation aux gardes médicales selon le lieu d'exercice s'expliquent par l'implantation de SOS Médecins dans les zones urbaines et semi-rurales du bassin nancéen.

Les raisons de non participation à la permanence de soins

n=114	effectif	%
Couverture du secteur de garde par SOS Médecins	92	80,70%
Raisons de santé	5	4,39%
Âge élevé	8	7,02%
NSP	9	7,89%

Synthèse : La participation à la permanence de soins varie fortement selon la zone d'exercice : peu développée en zone urbaine, elle concernait la plupart des généralistes ruraux. La couverture d'une partie des secteurs de garde par SOS médecins explique cette disparité.

1.6 Visites à domicile

93,5% des médecins effectuaient régulièrement des visites à domicile. Les 13 médecins qui n'en pratiquaient pas étaient tous installés en zone urbaine.

Visites à domicile	Effectif	%
oui	187	93,50%
non	13	6,50%

1.7 Organisation du cabinet

L'exercice en groupe impliquait 78 médecins généralistes (39%), âgés en moyenne de 49,1 ans alors que l'exercice seul constituait le mode d'exercice de 122 praticiens (61%), âgés en moyenne de 52,5 ans. Les généralistes ayant choisi de s'installer en cabinet de groupe étaient plus jeunes que leurs confrères travaillant seul à leur cabinet ($p < 0,01$).

Type d'exercice au cabinet	Effectif	%
en groupe	78	39,00%
seul	122	61,00%

55% des médecins disposaient d'un secrétariat soit téléphonique via un standard à distance, soit physique avec une employée présente au cabinet. 86% organisaient leur planning de consultations au cabinet partiellement ou totalement sur rendez-vous.

n=200	Effectif	%
Secrétariat	110	55,00%
Travail sur rendez-vous	172	86,00%

Synthèse : Les médecins généralistes exerçaient en solitaire pour 61% d'entre eux. Les médecins installés en cabinet de groupe étaient significativement plus jeunes ($p < 0,01$). La plupart programmaient au moins une partie de leurs consultations. Un peu plus de moitié disposaient d'un secrétariat.

1.8 Temps de travail

Ici, nous avons évalué non pas le nombre d'heures hebdomadaires travaillées, mais le nombre de demi-journées habituelles par semaine correspondant à une activité de soins au cabinet.

Le temps moyen d'activité médicale libérale au cabinet a été estimé à 9,5 demi-journées, avec un écart-type de 1,6. Il est détaillé par classe d'âge, selon le sexe et selon le lieu d'exercice. Les hommes ont travaillé en moyenne presque 1 demi-journée de plus que les femmes ($p < 0,001$).

Malgré des différences entre les moyennes, suggérant que les médecins ruraux et semi-ruraux passaient plus de temps à leur cabinet que les médecins de ville, elles n'ont pas été significatives statistiquement. L'âge ne déterminait pas non plus de variation significative.

Temps moyen d'activité médicale au cabinet

n=200	Nombre moyen de 1/2 journées de médecine générale au cabinet
Ensemble de l'échantillon	9,53
Sexe féminin	8,86
Sexe masculin	9,77
Milieu rural	10,01
Milieu semi-rural	9,7
Milieu urbain	9,29
Classe 30-40 ans	9,02
Classe 40-50 ans	9,67
Classe 50-60 ans	9,46
Classe >60 ans	9,7

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

Synthèse : Le temps moyen des activités de soins au cabinet s'est porté à 9,5 demi-journées par semaine. Les médecins de sexe masculin travaillaient presque 1 demi-journée de plus à leur cabinet que leurs consœurs ($p < 0,001$).

Tableau récapitulatif de l'organisation de travail des généralistes de l'échantillon étudié

n=200		Effectif	%
Permanence de soins	oui	86	43,00%
	non	114	57,00%
Visites à domicile	oui	187	93,50%
	non	13	6,50%
Type d'exercice au cabinet	en groupe	78	39,00%
	seul	122	61,00%
Secrétariat	oui	110	55,00%
	non	90	45,00%
Travail sur rendez-vous.	oui	172	86,00%
	non	28	14,00%
Temps de travail		9,5 demi-journées	

Les médecins de groupe étaient en moyenne plus jeunes que leurs confrères exerçant seul à leur cabinet.

Le temps de travail au cabinet varie de manière significative selon le genre : les hommes y travaillaient presque une demi-journée de plus par semaine que les femmes.

1.9 Formations complémentaires

Parmi les formations complémentaires, nous avons répertorié des DU, des DIU, des capacités médicales, des CES mais aussi des formations privées à l'exercice de disciplines médicales alternatives.

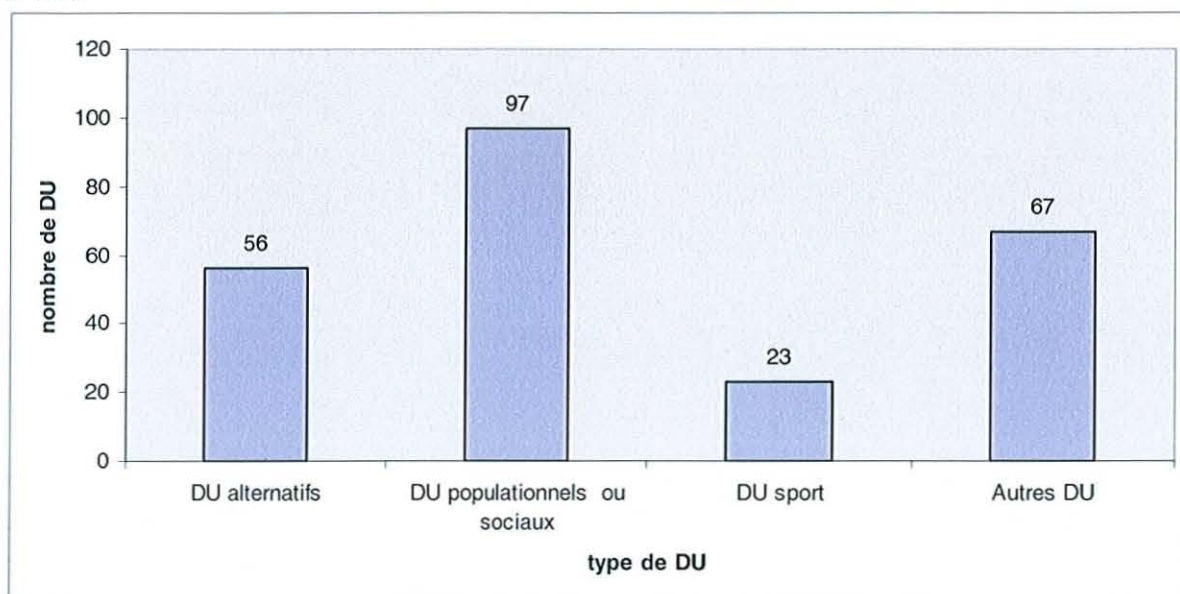
Le nombre moyen de diplôme complémentaire par médecin était de 1,25 (n=200).

58% des généralistes de l'échantillon possédaient au moins un titre de formation complémentaire. Le nombre moyen de diplômes par médecin diplômé s'est établi à 2,15. (n=116)

Les diplômes classés par catégorie sont indiqués au niveau du graphique suivant. Ils sont appelés DU par souci de simplification.

Fréquence des différents types de formation complémentaire

n=200



DU alternatifs : Acupuncture, Homéopathie, Mésothérapie, Ostéopathie, etc.

DU populationnels ou sociaux : Gérontologie, Coordination EHPAD, Médecine d'urgence, Médecine de catastrophe, Médecine du travail, Santé publique, Maladies infectieuses, Nutrition, Cancérologie en médecine générale, Pédiatrie, etc.

DU Sport : Médecine, Biologie et Traumatologie du sport

Autres DU : Médecine thermale, Spécialité médicale (DES), Sexologie, Conseil en assurance vie, Réparation juridique du dommage corporel, Médecine légale, etc.

La liste de l'ensemble des diplômes rencontrés et classés par ordre de fréquence est disponible en annexe 2.

Le taux de médecins diplômés par classe d'âge et le nombre de DU par médecin diplômé sont exposés dans le tableau suivant. On observe un taux de formation complémentaire plus faible chez les 40-50 ans, mais non significatif. De même le nombre de diplômes par médecins n'a pas été significativement différent selon la classe d'âge.

Taux de médecins à formation complémentaire par classe d'âge et nombre moyen de DU

	Diplômes complémentaires		Nombre de DU par médecin diplômé
	Effectif	%	
Classe 30-39 an n=21	13	61,90%	1,76
Classe 40-49 ans n=61	30	49,18%	2,13
Classe 50-59 ans n=81	50	61,72%	2,10
Classe 60 ans et plus n=36	23	63,88%	2,52
Ensemble n=200	116	58,00%	2,15

Le niveau de formation complémentaire a été pratiquement identique chez les femmes et chez les hommes médecins.

Taux de médecins à formation complémentaire en fonction du genre et nombre moyen de DU

Sexe	Formations complémentaires		Nombre de DU par médecin diplômé
	Effectif	%	
Femmes n=54	31	57,40%	2,13
Hommes n=146	85	58,21%	2,16

Les résultats ont indiqué un niveau de formation complémentaire plus important parmi les généralistes urbains, mais la différence n'est pas significative sur le plan statistique.

Taux de médecins à formation complémentaire en fonction du lieu d'exercice et nombre moyen de DU

	Formations complémentaires		Nombre de DU par médecin diplômé
	Effectif	%	
Milieu rural n=28	15	53,57%	2,33
Milieu semi-rural n=66	32	48,48%	2,09
Milieu urbain n=106	69	65,10%	2,14
Total n=200	116	59,00%	2,15

Synthèse : 58% des généralistes ont obtenu au moins une formation complémentaire. Ils détenaient alors en moyenne 2,15 diplômes chacun. L'âge, le sexe et le lieu d'exercice n'ont pas déterminé de différence significative de niveau de formation des généralistes. Les domaines de formation étaient variés et revêtaient des orientations médicales alternatives, socio-populationnelles, sportives ou autres.

1.10 La pratique de modes d'exercice particulier au cabinet

La pratique de MEP concernait 115 généralistes ce qui correspond à un taux de pratique de **57,5%**. On distingue les MEP de médecine alternative, dont le taux de pratique s'est établi à **42%**, des autres MEP, exercés à un taux de **28,5%**.

Le tableau suivant recense par ordre de fréquence les différents MEP déclarés par les généralistes.

Liste des MEP déclarés par ordre de fréquence

n=115

Homéopathie	47	24,86%
Mésothérapie	32	16,94%
Médecine agréée	21	11,12%
Autres MEP non alternatifs	19	10,06%
Expertise	14	7,40%
Nutrition	13	6,87%
Ostéopathie	13	6,87%
Acupuncture	10	5,30%
Médecine du sport	9	4,76%
Autres MEP alternatifs	6	3,18%
Médecine esthétique	5	2,64%
Total	189	100,00%

Selon leur degré de pratique, les médecins à MEP se répartissent en deux groupes :

- les médecins à MEP occasionnels, dont la pratique a représenté moins de 5% de l'activité médicale au cabinet (ou de l'ensemble des prescriptions thérapeutiques dans le cas de certaines médecines alternatives telle l'homéopathie)
- les médecins à MEP réguliers dont la pratique a dépassé 5% de l'activité médicale au cabinet (ou de l'ensemble des prescriptions thérapeutiques dans le cas de certaines médecines alternatives telle l'homéopathie).

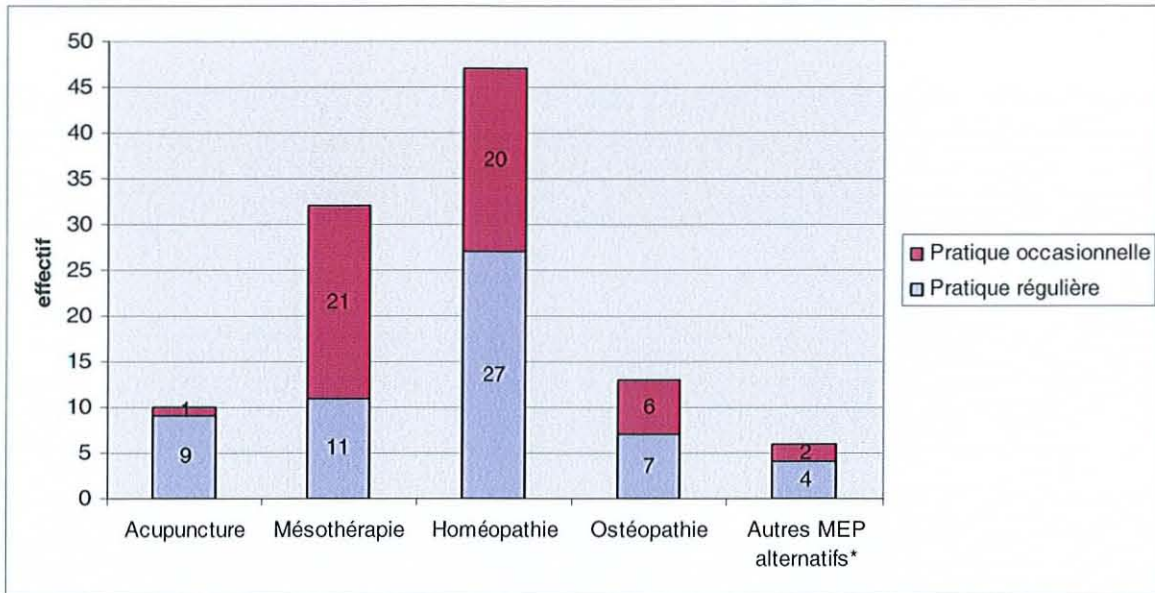
Répartition des MEP en fonction du degré de pratique

	Occasionnelle		Régulière		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des MEP	42	36,52%	73	63,48%	115	100%
MEP alternatifs	36	42,86%	48	57,14%	84	100%
MEP non alternatifs	23	40,35%	34	59,65%	57	100%

Répartition des MEP alternatifs et non alternatifs

- L'homéopathie et la mésothérapie représentaient les MEP alternatifs les plus fréquents ; une part importante de médecins y ont eu recours occasionnellement. A l'opposé, les acupuncteurs étaient moins nombreux mais pratiquaient régulièrement pour 90% d'entre eux.

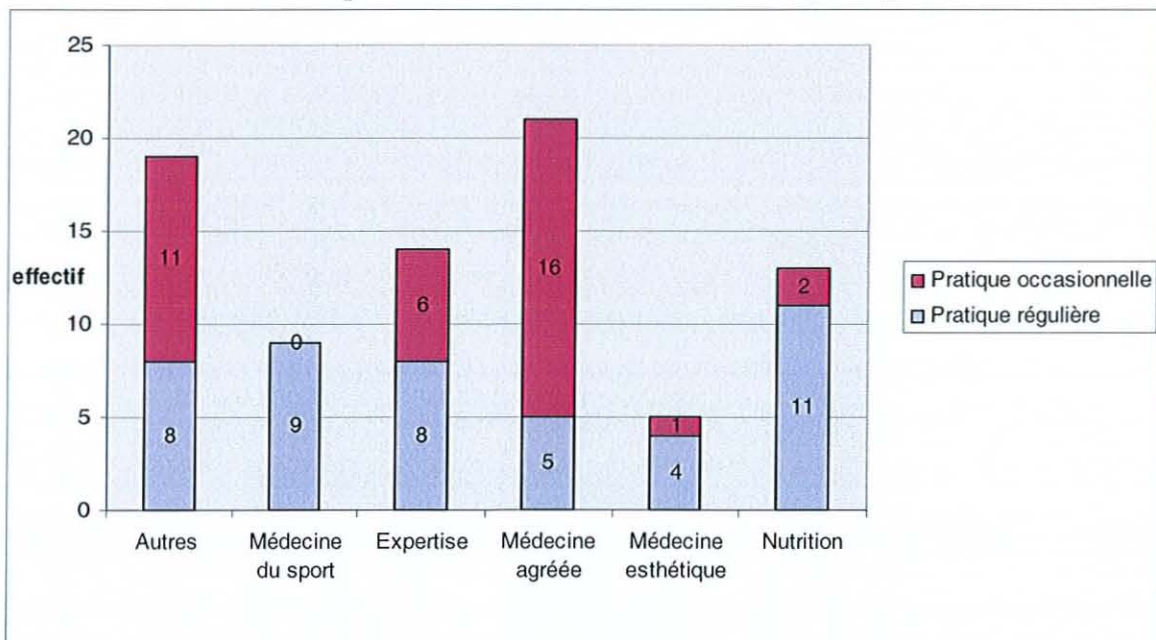
Répartition des MEP alternatifs (n=84)



*Autres MEP alternatifs : phytothérapie, micronutrition et auriculothérapie

- Les autres MEP, ne relevant pas de la médecine alternative, sont variés. Les pratiques les plus fréquentes étaient représentées par la médecine agréée, les expertises et la nutrition.

Répartition des MEP non alternatifs (n=57)



La catégorie « autres » est développée en annexe 3.

Part des MEP dans l'activité médicale du cabinet

La part moyenne de pratique des MEP par les médecins concernés a été de 20,50% de l'ensemble de leur activité médicale au cabinet. Les 79,5% restants étant dévolus à la pratique de médecine générale classique. La pratique d'un MEP peut correspondre à l'emploi d'une technique spécifique ou d'une thérapeutique différente dans le cadre d'une prise en charge habituelle en médecine générale. Elle peut également se caractériser par des consultations distinctes de l'activité courante en médecine générale.

Parmi les **MEP alternatifs**, la mésothérapie constituait moins de 10 % de l'activité des généralistes qui y avaient recours. L'acupuncture formait pour sa part près de la moitié de l'activité des généralistes qui l'exerçaient. Les degrés de pratique des autres MEP alternatifs se situaient entre ces deux pourcentages.

On dénombrait 3 praticiens leur consacrant l'exclusivité de leur activité médicale : il s'agissait d'un médecin homéopathe, d'un médecin acupuncteur et d'un médecin phytothérapeute.

Part moyenne de la pratique des MEP alternatifs dans l'activité médicale au cabinet des généralistes concernés (n=84)

Type de MEP alternatif	%
Acupuncture	49,77%
Autres MEP alternatifs*	37,66%
Homéopathie	18,88%
Ostéopathie	14,07%
Mésothérapie	9,34%
Ensemble des MEP alternatifs	22,42%

*Autres MEP alternatifs : phytothérapie, micronutrition et auriculothérapie

Les **MEP non alternatifs** étaient également pratiqués à des degrés divers, comme l'atteste le tableau suivant.

3 médecins les exerçaient de façon exclusive : il s'agissait de 2 médecins nutritionnistes et d'1 médecin esthétique.

Part moyenne de la pratique des MEP non alternatifs dans l'activité médicale au cabinet des généralistes concernés (n=57)

Type de MEP non alternatif	%
Médecine esthétique	31,92%
Nutrition	28,97%
Médecine du sport	10,66%
Médecine agréée	4,75%
Autres*	10,56%
Ensemble des MEP non alternatifs	17,67%

*La catégorie « autres » est développée en annexe 3.

Synthèse : Les médecins généralistes étaient 57,5% à pratiquer des MEP. Ces MEP ont constitué une activité occasionnelle pour un tiers d'entre eux, et régulière pour les deux tiers restants. Les disciplines de médecine alternative étaient les plus représentées : leur exercice a été déclaré par 42% des généralistes et représentait en moyenne 22% de leur activité médicale au cabinet. Parmi ces pratiques, l'homéopathie, la mésothérapie, et l'ostéopathie étaient les plus courantes. Les autres MEP, ne relevant pas de la médecine parallèle, ont été déclarés par 28,5% des généralistes et exercés à hauteur de 18% de leur activité médicale au cabinet. Médecine agréée, expertise, nutrition représentaient les MEP les plus fréquemment pratiqués dans cette catégorie.

1.11 Les activités médicales en dehors du cabinet

Cette catégorie ne tient pas compte des visites médicales effectuées au domicile des patients ou en maison de retraite par les généralistes.

58 généralistes, soit 29% de l'ensemble, associaient à leur activité de médecine générale au cabinet une activité complémentaire, d'ordre médical et exercée dans une autre structure. Ce type d'activité a représenté plus de 5% de l'activité totale pour les trois quarts d'entre eux.

Répartition des médecins à activité médicale hors cabinet

<5% de l'activité totale		>5% de l'activité totale		total	
Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
16	27,58%	42	72,42%	58	100,00%

En moyenne, les généralistes de cette catégorie ont exercé 1,19 activité médicale hors cabinet parmi celles énumérées dans le tableau suivant.

Classement des activités médicales hors cabinet les plus fréquentes

Médecin pompier	10
Médecine centre spécialisé	9
Hôpital	9
Coordination EHPAD	8
PMI/centre de santé	7
Autres*	26

*La catégorie « Autres » est détaillée en annexe 3.

Le temps moyen de ces activités s'est établi à 6,37 heures hebdomadaires, et a représenté en moyenne **15,01% de l'activité médicale totale** des médecins concernés¹.

¹ L'activité médicale globale d'un généraliste se constitue des activités médicales au cabinet (médecine générale classique et MEP), des activités médicales exercées en dehors du cabinet et des activités paraprofessionnelles.

1.12 Les activités paraprofessionnelles

2 médecins généralistes sur dix ont déclaré au moins 1 activité d'ordre paraprofessionnelle, représentant alors en moyenne 2,7% de leur activité médicale globale. Le nombre moyen de ce type d'activités par médecin était de 1,30 par médecin (n=40).

Les natures des activités paraprofessionnelles sont exposées dans le tableau suivant.

Répartition des activités paraprofessionnelles

n=40	Effectif	%
Groupe de FMC ¹	14	26,93%
Maître de stage	11	21,15%
Ordre des Médecins	9	17,30%
Association	7	13,46%
Enseignement	5	9,62%
Recherche	4	7,70%
Autres	2	3,84%
Total	52	100,00%

Le détail de la catégorie « autres » figure en annexe 3.

1.13 Activité mixte

Un exercice mixte se définit par la combinaison d'une activité libérale et salariée. Les médecins généralistes à activité mixte ont déclaré des activités salariées répertoriées parmi les activités paraprofessionnelles et les activités médicales hors cabinet. Aucun MEP pratiqué au cabinet n'a donné lieu à une rémunération salariée.

Le taux d'activité mixte s'est porté à 22,50% de la population étudiée.

Activité mixte

n=200	Effectif	%
Libéraux exclusifs	155	77,50%
Libéraux + salariés	45	22,50%

La liste complète des activités salariées complémentaires figure en annexe 4.

¹ FMC : Formation Médicale Continue

Tableau récapitulatif des formations et des pratiques complémentaires des généralistes de l'échantillon étudié

n=200	Effectif	%
Pratique de MEP	115	57,50%
- MEP alternatifs	84	42,00%
- MEP non alternatifs	57	28,50%
Activité(s) médicale(s) hors cabinet	58	29,00%
Activité(s) paraprofessionnelle(s)	40	20,00%
Activité mixte (libérale + salariée)	45	22,50%
Formation(s) complémentaire(s)	116	58,00%
Nombre moyen de diplômes complémentaires par médecin (n=116)	2,15	

Les MEP se répartissent selon leur appartenance à la médecine complémentaire et parallèle entre MEP alternatifs et MEP non alternatifs. La pratique de MEP a été occasionnelle pour un tiers des généralistes et régulière pour deux tiers d'entre eux. Parmi les MEP les plus fréquents, on retient l'homéopathie, la mésothérapie, la médecine agréée, les expertises et la nutrition.

Les activités médicales exercées en dehors du cabinet ont essentiellement consisté en des interventions en tant que médecin pompier, en des vacations à l'hôpital, en centre de soins spécialisés ou en dispensaire, et en des actions de coordination de maison de retraite. Elles ont représenté en moyenne 17% de l'activité totale des généralistes concernés.

Les activités paraprofessionnelles dans lesquelles les généralistes ont été les plus investis ont été : responsabilité au sein de groupe de FMC, maître de stage pour internes ou externes, conseiller élu à l'Ordre des Médecins. Elles n'ont représenté en moyenne que 3% de l'activité totale des généralistes concernés.

2 Evaluation de la diversification de l'activité des généralistes

2.1 Mesure de la diversification de l'ensemble des généralistes

Les **praticiens « exclusifs » de médecine générale** ont représenté 28% de l'ensemble de la population étudiée. Ces généralistes n'ont pas diversifié leur activité.

8 médecins pratiquaient **un ou des MEP de façon exclusive ou quasi-exclusive**, soit 4% de l'effectif total. Ils étaient enregistrés comme généralistes aussi bien au niveau du tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins que dans les Pages jaunes.

Les autres médecins généralistes associaient médecine générale, MEP et/ou activité(s) complémentaire(s) ; leur recensement a permis d'établir le taux de **diversification médicale** parmi les généralistes : il s'est élevé à 68% (n=136).

Le tableau illustre le phénomène de diversification en rendant compte des différentes combinaisons observées entre médecine générale, MEP, activité médicale hors cabinet et activité paraprofessionnelle.

Répartition des différents profils d'activité des généralistes

n=200	Effectif	%
Médecine générale libérale seule	56	28,00%
MEP exclusif*	8	4,00%
Médecine générale + MEP	57	28,50%
Médecine générale + Activité(s) médicale(s) hors cabinet	16	8,00%
Médecine générale + Activité(s) paraprofessionnelle(s)	7	3,50%
Médecine générale + MEP + Activité(s) médicale(s) hors cabinet	24	12,00%
Médecine générale + MEP + Activité(s) paraprofessionnelle(s)	16	8,00%
Médecine générale + Activité(s) médicale(s) hors cabinet + Activité(s) paraprofessionnelle(s)	6	3,00%
Médecine générale + MEP + Activité(s) médicale(s) hors cabinet + Activité(s) paraprofessionnelle(s)	10	5,00%

*Dans cette catégorie, un médecin pratiquait une activité médicale complémentaire hors cabinet, et un autre était investi en plus dans des charges paraprofessionnelles.

Une autre façon d'étudier la diversification est illustrée dans le tableau suivant : les médecins sont répartis en fonction du nombre de MEP ou d'activités complémentaires déclarés.

Nombre d'activités et MEP déclarés par les médecins généralistes

n=200	Effectif	%
Pas de MEP ou d'activité complémentaire	56	28,00%
1 MEP ou activité complémentaire	61	30,50%
2 MEP et/ou activité(s) complémentaire(s)	36	18,00%
3 MEP et/ou activité(s) complémentaire(s)	26	13,00%
4 MEP et/ou activité(s) complémentaire(s)	12	6,00%
5 MEP et/ou activité(s) complémentaire(s)	7	3,50%
6 MEP et/ou activité(s) complémentaire(s)	2	1,00%

La médecine générale libérale classique a représenté en moyenne 81% de l'exercice médical global de l'ensemble des généralistes de notre étude : 19% de leur exercice a été consacré aux activités de diversification médicale (n=200). En ne tenant compte que des médecins diversifiant leur activité (n=136), la part d'exercice réservée à ces activités s'est établie à 22,1%.

En dehors des médecins généralistes non diversifiés et des médecins à MEP exclusifs, les généralistes ont diversifié leur activité à des degrés variables. Ces variations d'exercice sont exposées dans le tableau suivant.

Répartition des généralistes par degré de diversification

n=200	Effectif	%
Médecine générale non diversifiée	56	28,00%
Activité(s) diversifiée(s) <5% de l'activité globale	40	20,00%
Activité(s) diversifiée(s) entre 5 et 25% de l'activité globale	51	25,50%
Activité(s) diversifiée(s) entre 25 et 50% de l'activité globale	26	13,00%
Activité(s) diversifiée(s) entre 50 et 75% de l'activité globale	14	7,00%
Activité(s) diversifiée(s) >75% de l'activité globale	5	2,50%
Exercice(s) particulier(s) exclusif(s)	8	4,00%

Pour 86% des médecins généralistes à activité diversifiée, ce type d'activité a représenté moins de la moitié de leur activité totale. Pour le reste, soit 14%, les activités de diversification ont représenté plus de la moitié de leur activité totale.

Tableau récapitulatif de la répartition des médecins généralistes en fonction de la diversification de leur exercice

n=200	Effectif	%
Diversification de l'exercice médical	136	68,00%
Médecine générale classique non diversifiée	56	28,00%
MEP exclusif(s)	8	4,00%
Part moyenne des activités de diversification dans l'activité totale (n=136)	22,1%	

Le contenu des activités de diversifications et leur part dans l'exercice global des généralistes sont très variés : ils déterminent des profils multiples de médecins généralistes. Les tableaux ci-dessus illustrent les différentes modalités de diversification de l'exercice en médecine générale.

2.2 Mesure de la diversification en fonction des caractéristiques des généralistes

Nous avons étudié la diversification de l'exercice des médecins généralistes en fonction du sexe, de l'âge et du lieu d'installation.

Les 8 médecins généralistes MEP exclusifs n'ont pas été comptabilisés parmi les médecins diversifiant leur activité, étant donné qu'ils n'exerçaient pas la médecine générale. Ces médecins se caractérisaient par une implantation urbaine commune et par une moyenne d'âge sensiblement plus élevée que la moyenne des généralistes (51,7 ans). On a dénombré autant de femmes que d'hommes dans cet effectif. La moitié exerçait en secteur 2. L'effectif a été trop petit et n'a pas permis la réalisation de tests statistiques.

2.2.1 La diversification selon le sexe

Le niveau de diversification des médecins femmes était proche de celui des médecins hommes. Aucune différence statistique significative n'a été retrouvée entre les deux genres, que ce soit au niveau du taux que du degré de diversification.

Taux de médecins diversifiant leur activité en fonction du sexe

n=200	Diversification de l'exercice médical			
	oui		non	
Sexe	n	%	n	%
Féminin	36	66,66%	18	33,33%
Masculin	100	68,50%	46	31,50%
Ensemble	136	68,00%	64	32,00%

Part moyenne des activités complémentaires et exercices particuliers dans l'activité totale en fonction du sexe (n=136)

Sexe	%
Féminin	22,28%
Masculin	22,10%
Ensemble	22,14%

Synthèse : La diversification de l'exercice en médecine générale a été semblable dans les deux genres.

2.2.2 La diversification selon l'âge

L'âge moyen des médecins diversifiant leur activité s'est porté à 51,29 ans. Il était légèrement supérieur à l'âge moyen des médecins ne réalisant pas de diversification (50,89 ans), sans différence significative. Des disparités entre les classes d'âge ont été observées mais leur significativité statistique s'est avérée nulle.

Taux de médecins diversifiant leur activité par classe d'âge

n=200 Classe d'âge	Diversification de l'exercice médical			
	oui		non	
	n	%	n	%
30-39 ans	16	76,19%	5	23,81%
40-49 ans	36	59,02%	25	40,98%
50-59 ans	59	72,84%	22	27,16%
60 ans et plus	25	69,44%	11	30,56%
NR	0	0,00%	1	100,00%
Ensemble	136	68,00%	64	32,00%

De même, le degré de diversification variait selon la classe d'âge, mais ces différences ne sont pas significatives sur le plan statistique.

Part moyenne des activités complémentaires et exercices particuliers dans l'activité totale des généralistes par classe d'âge (n=136)

Classe d'âge	%
30-39 ans	21,37%
40-49 ans	16,71%
50-59 ans	23,61%
60 ans et plus	27,25%
Ensemble	22,14%

Synthèse : La diversification de l'exercice en médecine générale n'a pas varié de manière statistiquement significative en fonction de l'âge.

2.2.3 La diversification selon le lieu d'exercice

Le taux de diversification n'a pas été modifié de façon significative selon le lieu d'exercice. Il faut rappeler que les 8 médecins à exercice particulier exclusif, non comptabilisés dans ce taux, exerçaient en ville.

Taux de médecins diversifiant leur activité selon le lieu d'exercice

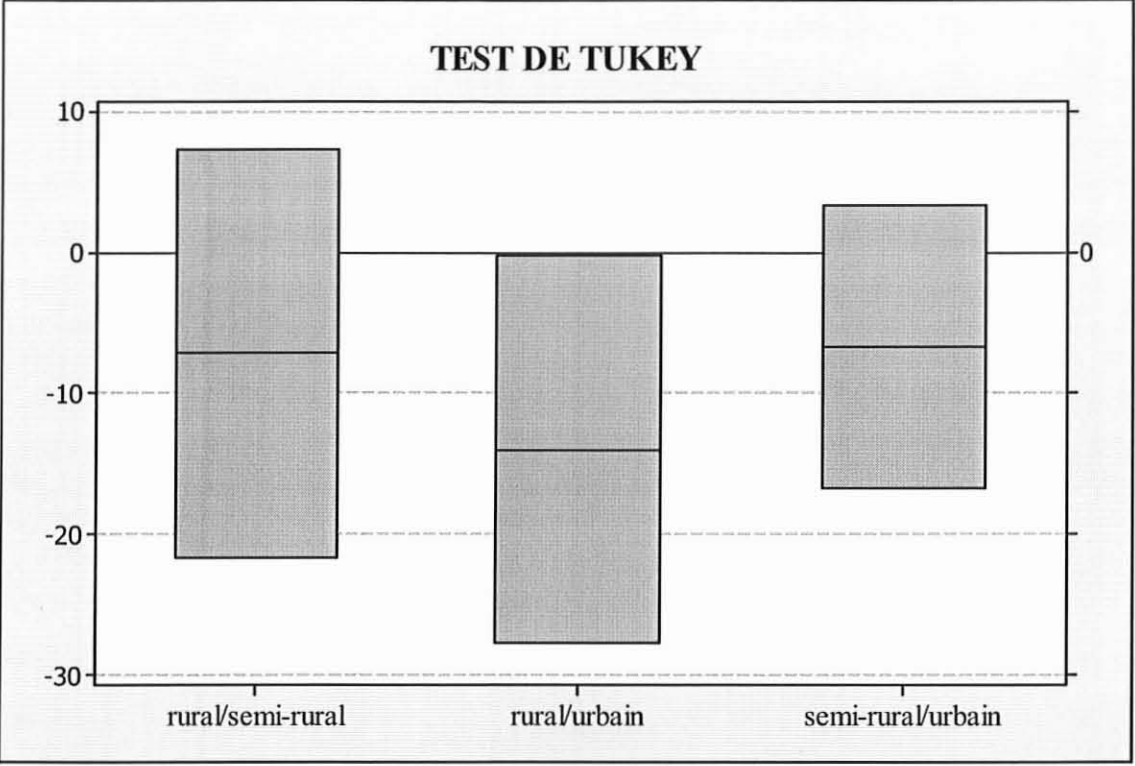
n=200	Diversification de l'exercice médical			
	oui		non	
Lieu d'exercice	n	%	n	%
milieu rural	19	67,86%	9	32,14%
milieu semi-rural	47	71,21%	19	28,79%
milieu urbain	70	66,04%	36	33,96%
Ensemble	136	68,00%	64	32,00%

Des différences plus nettes et significatives apparaissent si l'on étudie la part d'exercice des activités diversifiées, puisqu'elles ne constituaient que 12,63% de l'activité globale en zone rurale, contre 19,74% en milieu semi-rural et 26,40% en zone urbaine (test ANOVA, $p < 0,05$).

Part moyenne des activités complémentaires et exercices particuliers au sein de l'activité médicale et paraprofessionnelle totale selon le lieu d'exercice

n=136	Part moyenne des activités diversifiées dans l'activité globale des généralistes
Lieu d'exercice	%
milieu rural n=28	12,63%
milieu semi-rural n=66	19,74%
milieu urbain n=106	26,40%
Ensemble	22,14%

Un test de Tukey a été réalisé, afin de déterminer pour quelle paire de groupes les différences ont été significatives. Les résultats se présentent sous la forme d'un ensemble d'intervalles de confiance pour la différence entre les paires de moyennes. Si un intervalle ne contient pas la valeur zéro, il existe une différence statistiquement significative entre les moyennes correspondantes. Si l'intervalle contient la valeur zéro, la différence entre les moyennes correspondantes n'est pas statistiquement significative



Test de Tukey	rural/semi-rural	rural/urbain	semi-rural/urbain
Intervalle de confiance inférieur	-21,59	-27,78	-16,73
Moyenne	-7,11	-13,98	-6,66
Intervalle de confiance supérieur	7,36	-0,18	3,41

Une différence significative des degrés de diversification a été mise en évidence entre les généralistes ruraux et urbains : les médecins urbains ont été davantage investis dans des activités de diversification que leurs confrères ruraux.

Synthèse : Les médecins généralistes étaient aussi nombreux à diversifier leur exercice médical dans les zones rurales, semi-rurales ou urbaines. La part d'investissement dans les activités de diversification a toutefois été plus importante chez les médecins urbains que ruraux ($p < 0,05$, test de Tukey).

Tableau récapitulatif des taux et des degrés de diversification par catégorie

		Médecins diversifiant leur exercice médical		Part des activités complémentaires dans l'activité totale en cas de diversification
		Effectif	%	
Ensemble des généralistes n=200		136	68,00%	22,14%
Sexe	Femmes n=54	36	66,66%	22,28%
	Hommes n=146	100	68,50%	22,14%
classe d'âge	30-39 ans n=21	16	76,19%	21,37%
	40-49 ans n=61	36	59,02%	16,71%
	50-59 ans n=81	59	72,84%	23,61%
	60 ans et plus n=36	25	69,44%	27,25%
lieu d'exercice	rural n=28	19	67,86%	12,63%
	semi-rural n=66	47	71,21%	19,74%
	urbain n=106	70	66,04%	26,40%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

La diversification médicale a concerné l'ensemble des généralistes quels que soient leur âge, leur sexe et leur zone d'exercice.

Les généralistes quadragénaires ont semblé se démarquer par une moindre diversification mais la différence avec les autres générations ne s'est pas avérée significative sur le plan statistique.

Les généralistes ruraux ont consacré une part moins importante de leur exercice à des activités de diversification que leurs confrères urbains ($p < 0,05$ ANOVA, test de Tukey).

3 Analyse des profils des généralistes selon leur pratique

Dans cette partie, nous nous sommes intéressés aux différentes catégories de MEP et d'activités complémentaires décrites précédemment. L'objectif est de déterminer s'il existe des caractéristiques d'âge, de sexe, d'implantation géographique, d'organisation de travail et de cabinet en fonction du type de pratique des généralistes.

Nous avons étudié les catégories suivantes :

- Les généralistes non diversifiés
- Les médecins à MEP alternatif
- Les médecins à MEP non alternatif
- Les médecins à activité médicale hors cabinet
- Les médecins à activité paraprofessionnelle

Les différents effectifs constituant ces catégories s'entremêlent et ne correspondent pas à un découpage réel de l'échantillon total : de nombreux généralistes ont pratiqué plusieurs activités, s'inscrivant alors dans plusieurs de ces catégories simultanément.

Les organisations de travail et de cabinet des généralistes à activité paraprofessionnelle n'ont pas été analysées pour deux raisons : ces activités ne représentaient en moyenne que 2,6% de leur activité totale et d'autre part 82,5% des médecins de ce groupe exerçaient en parallèle d'autres activités type MEP ou activité médicale hors cabinet. Seuls les critères d'âge, de sexe et de répartition géographique ont été étudiés pour ce groupe.

3.1 Âge

Les généralistes à activité médicale hors cabinet et à activité paraprofessionnelle ont présenté les moyennes d'âge les plus élevées. Cependant, malgré les écarts observés, les tests statistiques n'ont pas retrouvé de différence d'âge significative entre les groupes étudiés et les effectifs restants.

Les analyses par classe d'âge ont rendu les mêmes conclusions.

Âge moyen des différents groupes de généralistes

	Âge moyen (ans)
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	51,18
Médecins généralistes non diversifiés n=56	50,89
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	50,70
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	50,92
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	52,44
Médecins généralistes à activité paraprofessionnelle n=40	52,35

Synthèse : Un effet âge dans la pratique des diverses catégories d'activités diversifiées n'a pas été mis en évidence. Celles-ci ont impliqué toutes les générations de généralistes.

3.2 Sexe

Les hommes et les femmes ont présenté des taux comparables de pratique de MEP et ont été impliqués de manière similaire dans des activités paraprofessionnelles. Les tests statistiques ont confirmé l'absence de différence selon le genre. Il en a été de même pour les généralistes non diversifiés.

Le tableau indique que les activités médicales hors cabinet ont été proportionnellement plus exercées par les hommes que les femmes. Cependant, le test du Khi 2 ne permet pas de conclure en une différence significative de pratique entre les deux genres.

De même, malgré des répartitions différentes, les tests statistiques n'ont pas retrouvé de différence significative entre pratiques régulières et occasionnelles des MEP selon le sexe.

**Taux et degré de pratique de MEP et activités complémentaires
en fonction du sexe**

	n=200	occasionnelle		régulière		total	
	Sexe	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	Femmes	/	/	/	/	54	27,00%
	Hommes	/	/	/	/	146	73,00%
généralistes non diversifiés n=56	Femmes	/	/	/	/	14	25,00%
	Hommes	/	/	/	/	42	75,00%
généralistes à MEP alternatif n=84	Femmes	7	19,45%	16	33,33%	23	27,38%
	Hommes	29	80,55%	32	66,66%	61	72,62%
généralistes à MEP non alternatif n=57	Femmes	8	34,78%	8	23,53%	16	28,07%
	Hommes	15	65,22%	26	76,47%	41	71,93%
généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	Femmes	2	12,50%	9	21,43%	11	18,97%
	Hommes	14	87,50%	33	78,57%	47	81,03%
généralistes à activité paraprofessionnelle n=40	Femmes	10	28,57%	1	20,00%	11	27,50%
	Hommes	25	71,43%	4	80,00%	29	72,50%

Synthèse : Nous n'avons pas mis en évidence d'effet de genre dans la pratique de MEP et d'activités complémentaires : les hommes et les femmes s'y sont investis à un taux et un degré comparables.

3.3 Lieu d'installation

Concernant les taux de pratique de MEP alternatifs, d'activités médicales hors cabinet et d'activités paraprofessionnelles, nous n'avons pas constaté de différence statistique en fonction du lieu d'exercice des généralistes.

En revanche, la pratique de MEP non alternatifs variait **significativement** selon la zone d'exercice des généralistes ($p < 0,01$): leur exercice était essentiellement urbain et était peu développé en zone rurale.

Les généralistes ruraux ont été proportionnellement plus nombreux à exercer des MEP ou des activités complémentaires de façon occasionnelle que de manière régulière ; cependant, les effectifs ont été trop petits pour retrouver une significativité statistique dans chaque groupe de pratique. Rappelons le résultat du test précédent à propos des activités de diversification dans leur ensemble : il indiquait un investissement moins important des médecins ruraux par rapport à leurs confrères urbains. La présomption d'une pratique occasionnelle prédominante en milieu rural, non prouvée ici, reste forte.

Taux et degré de pratique de MEP et activités complémentaires en fonction du lieu d'exercice

	n=200	occasionnelle		régulière		total	
		lieu d'exercice	Effe ctif	%	Effe ctif	%	Effe ctif
Ensemble des généralistes n=200	rural					28	14,00%
	semi-rural					66	33,00%
	urbain					106	53,00%
généralistes non diversifiés n=56	rural					9	16,07%
	semi-rural					19	33,93%
	urbain					28	50,00%
généralistes à MEP alternatif n=84	rural	8	22,22%	5	10,42%	13	15,48%
	semi-rural	11	30,55%	15	31,25%	26	30,95%
	urbain	17	47,23%	28	58,33%	45	53,57%
généralistes à MEP non alternatif n=57	rural	2	8,70%	1	2,94%	3	5,26%
	semi-rural	6	26,08%	9	26,47%	15	26,31%
	urbain	15	65,22%	24	70,59%	39	68,42%
généralistes à act. médicale hors cabinet n=58	rural	4	25,00%	6	14,28%	10	17,24%
	semi-rural	4	25,00%	16	38,10%	20	34,48%
	urbain	8	50,00%	20	47,62%	28	48,28%
généralistes à act. paraprofessionnelle n=40	rural	6	17,14%	1	20,00%	7	17,50%
	semi-rural	9	25,71%	1	20,00%	10	25,00%
	urbain	20	57,14%	3	60,00%	23	57,50%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

Synthèse : La pratique de MEP non alternatifs prédominait en milieu urbain. Les autres catégories de pratique étaient exercées à un taux comparable dans les différentes zones géographiques.

3.4 Formations complémentaires

Sans surprise, les médecins généralistes non diversifiés ont formé le groupe de médecins le moins diplômé en matière de formation complémentaire, puisque moins de 20% déclaraient détenir au moins un diplôme complémentaire ($p < 0,001$).

Les autres généralistes, quelle que soient leurs pratiques, étaient significativement plus nombreux à en posséder ($p < 0,05$).

Niveau de formation complémentaire des différents groupes de généralistes

	Taux de formation complémentaire		Nombre moyen de diplômes complémentaires
	Effectif	%	
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	116	58,00%	1,25
Médecins généralistes non diversifiés n=56	11	19,64%	0,25
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	66	78,57%	1,81
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	47	82,45%	2,05
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	43	74,13%	1,91
Médecins généralistes à activité paraprofessionnelle n=40	30	75,00%	1,72

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0,05$).

Synthèse : Les médecins à exercice diversifié ont présenté un niveau de formation complémentaire élevé et équivalent, concernant plus de 75% d'entre eux. Ils se sont significativement démarqués de leurs confrères généralistes non diversifiés, diplômés pour moins de 20% d'entre eux.

3.5 Temps de travail au cabinet

Le nombre moyen de demi-journées d'activité au cabinet a varié entre 9,2 pour les généralistes présentant une activité hors cabinet à 10 pour les généralistes non diversifiés.

Sur le plan statistique, seuls les généralistes non diversifiés se sont différenciés de manière significative ($p < 0,05$) : leur temps de travail au cabinet a été plus important que celui de l'effectif restant (c'est à dire les généralistes à activité diversifiée et à MEP exclusifs).

Par rapport à l'ensemble des généralistes de l'échantillon, la pratique de MEP ou d'activité médicale extérieure n'a pas déterminé de modification significative de l'activité au cabinet des généralistes concernés.

Nombre moyen de demi-journées d'activité au cabinet

	1/2 journées par semaine
Ensemble des généralistes de l'échantillon	9,53
Médecins généralistes non diversifiés	9,98
Médecins généralistes à MEP alternatif	9,45
Médecins généralistes à MEP non alternatif	9,28
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet	9,18

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

Synthèse : Les généralistes non diversifiés ont déclaré davantage de demi-journées d'activité à leurs cabinets que les médecins à activité diversifiée et à MEP exclusif.

3.6 Secteur de conventionnement

Les généralistes non diversifiés et à activité médicale hors cabinet étaient tous conventionnés en secteur 1.

Les médecins MEP alternatifs se sont démarqués avec près de 12% de médecins secteur 2 ou 3 dans leur effectif ($p < 0,05$). Tous les généralistes de ces secteurs pratiquaient une médecine alternative. 3 d'entre eux exerçaient en parallèle une discipline classée parmi les MEP non alternatifs.

Secteurs de conventionnements des différents groupes de généralistes

	secteur 1		secteur 2		secteur 3	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	190	95,00%	9	4,50%	1	0,50%
Médecins généralistes non diversifiés n=56	56	100,00%	0	0,00%	0	0,00%
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	74	88,10%	9	10,71%	1	1,19%
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	54	94,74%	3	5,26%	0	0,00%
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	58	100,00%	0	0,00%	0	0,00%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0.05$).

Synthèse : Tous les généralistes inscrits en secteurs 2 et 3 pratiquaient une médecine alternative.

3.7 Permanence de soins

Le taux le plus faible de médecins participant aux astreintes de médecine libérale est observé dans la catégorie des généralistes non diversifiés. Les variations observées entre les différents groupes ne constituent pas de différences significatives sur le plan statistique.

Il faut rappeler que l'implantation de SOS Médecins dans une partie du département a dispensé 46% des généralistes de leurs gardes.

Taux de médecins participant à la permanence de soins

	Effectif	%
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	86	43,00%
Médecins généralistes non diversifiés n=56	22	39,28%
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	39	46,42%
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	26	45,61%
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	31	53,44%

Synthèse : Les médecins MEP et à activité médicale hors cabinet n'ont pas été moins impliqués dans la permanence de soins que leurs confrères généralistes non diversifiés. Néanmoins, le déterminant principal a été la couverture d'une partie des secteurs de garde par SOS médecins : la comparaison est biaisée.

3.8 Visites médicales à domicile

Les généralistes non diversifiés et les généralistes à activité médicale hors cabinet ont été proportionnellement les plus nombreux à effectuer des visites à domicile dans notre étude. Cette constatation n'a pas été vérifiée lors de la réalisation des tests statistiques. Par contre, une différence significative a été mise en évidence à propos des médecins à MEP alternatif qui sont apparus de comme étant les médecins les moins adeptes de visites à domicile ($p < 0,05$) : 12% d'entre eux ne consultaient pas en dehors de leur cabinet.

Taux de médecins réalisant régulièrement des visites médicales à domicile

	Effectif	%
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	187	93,50%
Médecins généralistes non diversifiés n=56	55	98,21%
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	74	88,09%
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	51	89,47%
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	56	96,55%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0,05$).

Synthèse : Les généralistes à MEP alternatif étaient proportionnellement moins nombreux que les autres généralistes à effectuer des visites à domicile.

3.9 Organisation du cabinet

Les médecins généralistes non diversifiés travaillaient majoritairement sans secrétariat : une différence significative avec les autres généralistes a été mise en évidence ($p < 0,05$). Ils étaient également proportionnellement moins nombreux à organiser leurs consultations sur rendez-vous ($p < 0,01$). Seuls 25% d'entre eux exerçaient en cabinet de groupe, en décalage avec les généralistes MEP ou à activité médicale extérieure qui avaient choisi ce mode d'exercice pour 40 à 50% d'entre eux ($p < 0,05$).

A l'inverse, les médecins à MEP alternatif ont présenté une organisation significativement différente de celle de leurs confrères, travaillant davantage avec un secrétariat et sur rendez-vous ($p < 0,01$).

Taux de généralistes disposant d'un secrétariat et travaillant sur rendez-vous

	Secrétariat		Rendez-vous.	
	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	110	55,00%	172	86,00%
Médecins généralistes non diversifiés n=56	23	41,07%	40	71,42%
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	58	69,04%	81	96,42%
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	33	57,89%	49	85,96%
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	35	60,34%	52	89,65%

Type d'exercice des différents groupes de généralistes

	Type d'exercice	Effectif	%
Ensemble des généralistes de l'échantillon n=200	en groupe	78	39,00%
	seul	122	61,00%
Médecins généralistes non diversifiés n=56	en groupe	14	25%
	seul	42	75%
Médecins généralistes à MEP alternatif n=84	en groupe	41	48,80%
	seul	43	51,20%
Médecins généralistes à MEP non alternatif n=57	en groupe	25	43,85%
	seul	32	56,15%
Médecins généralistes à activité médicale hors cabinet n=58	en groupe	24	41,37%
	seul	34	58,63%

Les résultats testés statistiquement et pour lesquels une différence significative a été mise en évidence sont indiqués en gras ($p < 0,05$).

Synthèse : Les médecins généralistes à MEP et à activité médicale hors cabinet, et plus particulièrement les médecins à MEP alternatif, ont été plus nombreux à disposer d'un secrétariat et à programmer leurs consultations que les généralistes non diversifiés. La médecine de groupe était moins répandue parmi les généralistes non diversifiés.

SYNTHÈSE

Les médecins généralistes non diversifiés : Ils ont constitué 28% de l'échantillon de notre étude. Leur structure d'âge et de sexe, ainsi que leur répartition géographique ont été conformes à celles de l'ensemble des généralistes. Ils étaient moins diplômés que leurs confrères (taux de formation complémentaire à 19,6%, $p < 0,001$). L'ensemble des médecins de ce groupe étaient conventionnés en secteur 1. Leur pratique de visites médicales à domicile et la participation à la permanence de soins n'étaient pas différentes de celles des autres généralistes. Par contre, ils étaient proportionnellement moins nombreux à évoluer en cabinet de groupe (25%, $p < 0,05$), à disposer d'un secrétariat (41%, $p < 0,05$) et à organiser des rendez-vous (71%, $p < 0,01$). Leur temps de travail au cabinet était supérieur à celui des autres généralistes, s'élevant à 10 demi-journées par semaine ($p < 0,05$).

Les MEP alternatifs : 42% des généralistes de l'échantillon ont pratiqué des MEP alternatifs, que ce soit de manière occasionnelle ou régulière et quels que soient leur âge, leur sexe et leur répartition géographique. Une majorité avaient eu accès à des formations complémentaires (78%, $p < 0,05$). 12% étaient conventionnés en secteur 2 ou 3 ($p < 0,05$). Leur participation à la permanence de soins était conforme à celle de l'ensemble des généralistes. Ils étaient significativement moins nombreux à réaliser des visites à domiciles (88%, $p < 0,05$), et plus nombreux à disposer d'un secrétariat (69%, $p < 0,01$) et à programmer des rendez-vous (96%, $p < 0,01$).

Les MEP non alternatifs : 28,5% des généralistes de l'échantillon ont pratiqué des MEP non alternatifs. Leurs profils d'âge et de sexe ont été similaires à ceux de l'ensemble des généralistes. L'exercice de ce type de MEP concernait majoritairement les praticiens urbains (68,4% de l'effectif, $p < 0,01$). 3 médecins étaient conventionnés en secteur 2. Leur organisation de travail au cabinet et leur participation aux astreintes de médecine libérale n'étaient pas différentes de celles de l'ensemble des généralistes.

Les activités médicales hors cabinet : 29% des généralistes de l'échantillon ont exercé une ou plusieurs activités médicales extérieures à leur cabinet. Leur moyenne d'âge était plus élevée que celle de l'ensemble des généralistes, mais la différence n'est pas significative sur le plan statistique. Ils ont présenté les mêmes profils de répartition entre les genres et les zones d'exercice que l'ensemble des généralistes. Leur niveau de formation complémentaire était plus élevé que la moyenne ($p < 0,05$). Tous évoluaient en secteur 1. Leur organisation de travail au cabinet et leur participation à la permanence de soins ne se démarquaient pas de celles des autres praticiens.

Les activités paraprofessionnelles : 20% des généralistes de l'échantillon se sont investis dans une ou plusieurs activités paraprofessionnelles. Leur moyenne d'âge était supérieure à celle des autres généralistes, mais l'écart n'est pas significatif sur le plan statistique. Les profils de répartition entre les sexes et les zones d'exercice n'ont pas été différents de ceux de l'ensemble des généralistes.

4 Motivations des généralistes à l'exercice d'activités diversifiées

Les médecins ont été interrogés sur les raisons et les bénéfices de la pratique des différents exercices et activités complémentaires. Ils ont été autorisés à donner plusieurs réponses.

Nous avons dressé 4 tableaux, un par sous-groupe de diversification, afin de mieux cerner les motivations et les choix d'exercice des généralistes. Les items ont été rédigés après consultation de l'ensemble des réponses.

Déterminants de la pratique de MEP alternatifs

n=55

Médecine complémentaire : bénéfique et alternative thérapeutique	24
Pratique moins nocive / moins de recours au traitement médicamenteux	15
Approche globale de la pathologie / autre vision de la médecine	13
Variation l'activité	7
Service rendu à sa patientèle	4
Bénéfice relationnel	4
Satisfaction thérapeutique immédiate	2
Efficacité dans les situations d'échec thérapeutique	2
Economie de santé	1
Répondre à la « bobologie »	1
Déception et lassitude vis à vis de la médecine allopathique	1
Apport intellectuel	1

Déterminants de la pratique de MEP non alternatifs

n=21

Apport intellectuel	12
Variation l'activité	10
Prise en charge plus complète de sa patientèle	4
Sélection d'une sous-population avec laquelle il y a partage d'affinités	3
Répondre à un besoin non couvert par les champs de la médecine générale et spécialisée	2
Attrait financier	1
Autre approche médicale	1
Bénéfice relationnel	1

Déterminants de l'exercice d'activités médicales hors cabinet

n=34

Varier l'activité	21
Rompre l'isolement	9
Rendre service à la collectivité	7
Autre approche de la médecine	6
Apport intellectuel / Intérêt scientifique	3
Contact avec population différente de la patientèle habituelle	3
Globalité de l'exercice médical (libéral + hôpital)	2
Compléments financiers et sociaux	2
Préparer porte de sortie de la médecine libérale	2
Contact avec sous-population humainement enrichissant	2
Ouverture d'esprit	1
Qualité d'exercice médical (médecine lente)	1
Emploi du temps souple	1

Déterminants de l'exercice d'activités paraprofessionnelles

n=12

Enseignement/maitre de stage :	
Plaisir du partage et de la transmission des connaissances	4
Obligation de formation continue et de mise à jour de ses pratiques	3
Rompre l'isolement	2
Varier l'activité	1
Autres :	
Apport intellectuel	3
Varier l'activité	1
Autre vision de la médecine	1
Rendre service à ses confrères	1
S'impliquer dans l'évolution de sa profession	1

5 Part des généralistes envisageant une diversification future

24 médecins sur 200 soit 12% des médecins enquêtés ont émis le projet de développer une activité ou un MEP complémentaire au sein de leur exercice. Parmi ceux-là, seuls 5 soit 2,5% présentaient une activité de médecine générale non diversifiée. Les autres, au nombre de 19, avaient déjà débuté leur diversification : 16 pratiquaient un ou deux MEP, 4 exerçaient une activité médicale en dehors de leur cabinet et 1 était investi dans une activité paraprofessionnelle. 2 d'entre eux associaient MEP et activité médicale complémentaire. Ces activités diversifiées représentaient en moyenne 15,5% de leur activité totale.

Les médecins portant ce type de projet étaient plus jeunes que l'ensemble des généralistes (moyenne d'âge de 45,75 ans) et se répartissaient équitablement entre sexe masculin et féminin.

Les MEP et activités complémentaires envisagés figurent dans le tableau suivant.

Projets de diversification des généralistes

n=24

Homéopathie	4
Ostéopathie	3
Acupuncture	2
Activité mixte non définie	2
Activité complémentaire en centre de soins pour handicapés	1
Médecin de prévention en milieu scolaire	1
Vacations dans un service d'urgence	1
Activité complémentaire au service d'hospitalisation à domicile	1
Maître de stage	1
Coordination d'EHPAD	1
Thérapie cognitivo-comportementale	1
Nutrition	1
Micronutrition	1
Médecin gériatre à temps partiel	1
Expertise judiciaire	1
Médecine du sport	1
MEP non défini	1

V. SYNTHÈSE DE L'ETUDE

Au final, nous avons réalisé une **enquête téléphonique auprès de 224 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle préalablement tirés au sort**. 176 médecins ont accepté de répondre à notre questionnaire par téléphone. 24 ont préféré nous adresser leur réponse par courrier. **Le taux de réponse obtenu a été de 89%.**

1 Description de l'échantillon de médecins généralistes

Caractéristiques générales de l'échantillon

La moyenne d'âge de l'échantillon a été mesurée à 51 ans. Les plus de 50 ans constituaient 58,5% de l'ensemble. Nous avons comptabilisé 27% de femmes pour 73% d'hommes. Les tests statistiques ont mis en évidence des différences significatives entre les généralistes masculins et féminins : les femmes étaient moins âgées que leurs confrères (46,4 ans contre 53 ans). Largement minoritaires parmi les plus de 50 ans, elles constituaient près de 70% de l'effectif des moins de 40 ans. Elles étaient surtout implantées en milieu urbain et semi-rural, et peu d'entre elles évoluaient en zone rurale. En moyenne, elles travaillaient 0,9 demi-journée de moins que les médecins hommes.

Organisation de l'activité

Un peu plus de la moitié des généralistes étaient installés en milieu urbain, un tiers évoluaient en milieu semi-rural, et 14% travaillaient en zone rurale.

95% des médecins étaient conventionnés en secteur 1, 9 étaient inscrits en secteur 2 et 1 avait choisi un exercice non conventionné.

Le taux de participation à la permanence de soins a été évalué à 43%.

La grande majorité des médecins (93,5%) effectuaient des visites au domicile de leur patient.

Un secrétariat était à leur disposition pour 55% d'entre eux, et l'organisation des consultations par rendez-vous était adoptée par 86% des médecins. 61% des généralistes exerçaient seuls à leur cabinet, contre 39% qui étaient associés à d'autres confrères.

En moyenne, le temps passé au cabinet pour des activités d'ordre médical s'élevait à 9,5 demi-journées par semaine.

Formations complémentaires :

Le taux de formation complémentaire a été mesuré à 58%.

2 Diversification de l'activité des médecins généralistes

La diversification se définit par l'association d'une activité de médecine générale traditionnelle et d'activités ou exercices annexes s'inscrivant dans les catégories suivantes :

- Modes d'exercice particuliers alternatifs ou non alternatifs
- Activité médicale exercée en dehors du cabinet de consultations
- Activités paraprofessionnelles.

56 médecins généralistes non diversifiés ont été recensés, soit un taux de 28%.

Leur moyenne d'âge était de 50,9 ans, le taux de féminisation se mesurait à 25%, et ils évoluaient tous en secteur 1. Seuls 20% d'entre eux étaient titulaires de diplôme(s) complémentaire(s). Leur temps d'activité au cabinet s'élevait à 10 demi-journées par semaine et a été significativement supérieur à celui des autres généralistes. Ils étaient moins nombreux à exercer en groupe, à être assisté d'un secrétariat et à travailler sur rendez-vous que les autres médecins de l'échantillon.

8 médecins soit 4% de l'effectif total exerçaient **un ou des MEP à titre exclusif**.

Ce groupe s'est composé de 4 femmes et 4 hommes ; leur âge moyen s'est élevé à 51,7 ans. Ils étaient tous implantés en milieu urbain. Pour moitié d'entre eux, ils officiaient en secteur 2.

Les 136 médecins restants présentaient une **activité diversifiée**, soit 68% de l'ensemble des généralistes.

La part moyenne de ces activités diversifiées dans l'activité globale des généralistes s'est établie à 22%.

Nous n'avons pas observé de différence significative en fonction du sexe, de l'âge et du lieu d'exercice. Par contre, le degré de pratique des activités diversifiées variait de façon significative selon le lieu d'exercice : les médecins ruraux étaient moins investis que les médecins urbains dans ce type d'activités, leur consacrant en moyenne 13% de leur exercice. Les généralistes de ville leur réservaient en moyenne 26% de leur activité.

3 Profils des généralistes selon leur pratique

Les MEP alternatifs étaient pratiqués par 42% des médecins. 43% d'entre eux avaient une pratique occasionnelle et 57% une pratique régulière. L'homéopathie a été le MEP le plus représenté, avec un taux de pratique de 23%, devant la mésothérapie, pratiquée par 16% des généralistes, l'ostéopathie, exercée par 6,5% des praticiens, et l'acupuncture pratiquée par 5% des médecins.

En moyenne, les MEP alternatifs ont constitué 22% de l'activité médicale au cabinet.

Ces disciplines étaient exercées à des taux voisins par les médecins des deux sexes ; ces taux variaient selon la classe d'âge et le lieu d'exercice, mais les différences constatées ne sont pas apparues significatives.

L'âge moyen de ce groupe de généralistes a été de 51 ans. Leur mode de conventionnement se démarquait de manière significative de celle de l'ensemble des généralistes, puisque 12% évoluaient en secteur 2 et 3.

Le temps moyen passé au cabinet s'est établi à 9,5 demi-journées.

Les généralistes à MEP alternatif étaient davantage diplômés que l'ensemble de leurs confrères, avec un taux de formation complémentaire s'élevant à 78%.

Ils fonctionnaient davantage avec un secrétariat et une prise de rendez-vous et étaient moins nombreux à effectuer des visites médicales à domiciles (pour 88% d'entre eux).

La complémentarité des médecines parallèles, procurant un bénéfice ou constituant une alternative thérapeutique, leur moindre nocivité et le point de vue différent qu'elles proposent ont guidé majoritairement le choix des praticiens de ce groupe.

Les MEP non alternatifs étaient pratiqués par 28,50% des généralistes. 60% d'entre eux pratiquaient de façon régulière et 40% occasionnellement.

Ce groupe se compose principalement des disciplines suivantes, classées par ordre de fréquence : Médecine agréée, Expertise, Nutrition, Médecine du sport et Médecine esthétique. En moyenne, les MEP non alternatifs ont représenté 18% de l'activité médicale au cabinet de ces généralistes. Ils étaient pratiqués essentiellement par des médecins installés en zone urbaine : leur exercice était peu développé parmi les médecins ruraux.

L'âge moyen de ces médecins était de 51 ans. Ils travaillaient en moyenne 9,3 demi-journées au cabinet. Leur taux de formation complémentaire s'est élevé à 82%, significativement supérieur à celui de l'ensemble des généralistes.

Les motivations principales des médecins à l'exercice de ce type de discipline résident dans *leur volonté de varier l'activité et leur intérêt intellectuel à la pratique du MEP.*

Les médecins exerçant des **activités médicales hors cabinet** constituaient 29% de l'effectif total.

Ils y consacraient en moyenne 6,9 heures par semaine, et 15% de leur activité globale. Les activités complémentaires répertoriées ont été très variées : vacations en tant que médecin pompier, vacations hospitalières, vacations en centre de soins spécialisés, coordination de maison de retraite, vacations en PMI, régulation téléphonique des urgences, médecine d'aptitude...

L'âge moyen des médecins de ce groupe était de 52 ans. Les médecins de plus de 50 ans ont semblé les plus impliqués dans ce type d'activité, mais cette hypothèse ne s'est pas vérifiée statistiquement.

9,2 demi-journées par semaine étaient dévolues en moyenne à l'exercice médical au cabinet. Ils étaient plus nombreux à être diplômés (74% d'entre eux possédaient au moins 1 titre de formation complémentaire).

Les raisons principales qui ont motivé ces médecins à exercer ce type d'activité ont été *de varier l'activité, de rompre l'isolement de l'exercice au cabinet, et de rendre service à la collectivité.*

Les médecins déclarant des **activités paraprofessionnelles** étaient au nombre de 40, soit 20% de l'ensemble des généralistes. Ces activités constituaient en moyenne 2,6% de l'activité totale des généralistes. Les plus fréquentes ont été : responsabilité au sein de groupes de FMC, maîtrise de stage, activité au conseil de l'ordre des médecins, responsabilité au sein d'une association d'ordre médical ou paraprofessionnel, enseignement, recherche.

L'âge moyen de ces généralistes s'est établi à 52 ans. Ils consacraient en moyenne 9,1 demi-journées par semaine à l'exercice de la médecine à leur cabinet. 75% d'entre eux détenaient au moins 1 diplôme complémentaire, soit plus que l'ensemble des généralistes.

82,5% présentaient une ou des activités diversifiées supplémentaires type MEP ou activité médicale hors cabinet.

Une diversification ou une poursuite de la diversification a été souhaité par 12% des généralistes interrogés. A quinze reprises, la pratique d'un MEP a été envisagée. L'exercice d'une activité médicale hors cabinet a été évoqué 8 fois, et celui d'une activité paraprofessionnelle 1 fois.

VI. DISCUSSION

1 Qualité de l'enquête

Biais de sélection :

Il n'existe pas de formule statistique permettant d'apprécier la représentativité de l'échantillon dans une enquête descriptive de ce type. Cependant, plus le recrutement est important, plus l'échantillon a de chances d'être représentatif.

Le choix d'une sélection aléatoire de 230 médecins, constituant presque le tiers de l'effectif total des généralistes du département, et l'obtention de 200 réponses ont permis de sonder près de 28% de l'ensemble des généralistes de Meurthe-et-Moselle. Ce taux de participation est apparu suffisant pour notre étude.

Cependant, lorsque nous avons voulu comparer certaines catégories de généralistes, les tests statistiques n'ont pas été significatifs, en partie faute d'effectif suffisant. Il s'agissait notamment du groupe des médecins ruraux et du groupe des médecins de moins de 40 ans. Un effectif plus important aurait permis de renforcer ces deux groupes et de mieux connaître leurs spécificités.

Le risque d'avoir sélectionné une population de médecins plus diversifiés qu'ils ne le sont en réalité, est faible compte-tenu d'un très bon taux de réponse à 89% et du choix de recueil des données par téléphone.

Nous avons tout de même tenu à comparer les médecins de notre échantillon à l'ensemble des généralistes de Meurthe et Moselle afin de confirmer leur représentativité. Cependant, le profil des généralistes de Meurthe et Moselle n'est pas connu. Nous avons donc comparé deux caractéristiques d'ordre général de notre échantillon et de l'effectif total des généralistes du département : la répartition par sexe et le type de conventionnement.

L'ensemble de la liste des généralistes meurthe-et-mosellans dont nous disposons a été analysé : elle était constituée de 204 médecins de sexe féminin et 516 médecins de sexe masculin, déterminant un taux de féminisation de 28,3%. Dans notre échantillon, nous avons recensé 27% de femmes, soit un taux comparable.

Le site en ligne de l'Assurance Maladie répertorie le nombre de médecins secteur 2 parmi les généralistes libéraux de Meurthe et Moselle : 28 étaient inscrits en secteur 2, soit un taux de 3,9% de l'ensemble des généralistes et 5 n'étaient pas conventionnés, ce qui correspond à un taux de 0,7% (49). Ces chiffres sont comparables aux résultats retrouvés dans notre étude, puisque l'échantillon se composait de 4,5% de médecins secteur 2 et de 0,5% de médecins non conventionnés.

Biais de mesure :

L'intégralité de l'enquête téléphonique a été réalisée par une seule personne ; le même mode opératoire a été reproduit pour chaque médecin. Chaque type de MEP et chaque catégorie d'activité annexe ont été passés en revue afin de limiter tout oubli de la part du généraliste.

Concernant les réponses postales et électroniques (11,5% des réponses), malgré un questionnaire construit sur le même mode et illustré d'exemples, il est possible que les questions ouvertes n'aient pas reçu une attention suffisante. Un remplissage rapide du questionnaire a pu induire certaines omissions et une sous-estimation des activités de diversification.

2 Les généralistes de Meurthe-et-Moselle

- Une population médicale vieillissante

La moyenne d'âge des médecins de notre échantillon qui s'est porté à 51 ans est supérieure aux chiffres nationaux : le CNOM a indiqué un âge moyen de 50 ans chez les spécialistes en médecine générale et de 49 ans chez les autres généralistes en 2009 (22). L'effectif concerné se composait de l'ensemble des généralistes de formation. La DREES l'a évalué à 49 ans en 2008 (4) mais a tenu compte des médecins remplaçants : ces derniers étaient plus jeunes (46 ans en moyenne) et se composaient de 7 120 individus en 2008 (45).

Les études nationales de la DREES nous ont permis de comparer la répartition des médecins généralistes libéraux et mixtes par classe d'âges avec celle de notre échantillon (4) : le taux de moins de 40 ans y est plus élevé ; les médecins de 40 à 60 ans sont représentés dans les mêmes proportions que dans notre enquête. Par contre le taux de médecins sexagénaires est inférieur à celui retrouvé dans notre enquête.

	Données nationales DREES 2008 n=58004	Étude Meurthe et Moselle 2009 n=199
Classe d'âge	%	%
Moins de 40 ans	16,40%	10,50%
40-49 ans	30,90%	30,50%
50-59 ans	40,60%	40,50%
60 ans et plus	11,90%	18,00%

Notre étude confirme la dynamique de vieillissement de la profession de médecin généraliste, et plus particulièrement en Meurthe-et-Moselle : les plus de 50 ans étaient majoritaires avec 58,5% de l'effectif, et on dénombrait davantage de médecins de plus de 60 ans que de médecins de moins de 40 ans.

- Une féminisation croissante

Les hommes sont restés majoritaires, représentant 73% des médecins généralistes de notre échantillon. La proportion de femmes a augmenté dans les classes d'âge inférieures, et leur nombre a même dépassé celui des hommes chez les médecins de moins de 40 ans.

La féminisation en marche est bien visible dans notre échantillon et est en phase avec les données démographiques nationales : en 2008, la DREES indiquait un taux de féminisation de 31,6% parmi les généralistes libéraux et mixtes, installés et remplaçants (4). L'étude 39.2 du CNOM de 2006 avait déjà constaté la prédominance féminine des jeunes générations, puisque les femmes constituaient 55,6% des 35-39 ans et 60,6% des moins de 35 ans parmi les généralistes de formation en activité (10).

D'après les estimations de la DREES, les femmes seront plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en activité après 2020 (46).

- Un temps de travail au cabinet plus élevé chez les médecins de sexe masculin

Le temps de travail hebdomadaire des généralistes français a été estimé à 54,6 heures. Il prend en compte les temps d'astreinte, de formation continue, de tâches administratives et d'éventuelles activités salariées. (40)

Dans notre étude, nous nous sommes intéressés au nombre de demi-journées d'activité au cabinet, reflétant la disponibilité hebdomadaire des médecins en termes de soins. Le temps consacré aux gardes n'a pas été pris en compte. En moyenne, les généralistes meurthe-et-mosellans ont travaillé 9,5 demi-journées par semaine à leur cabinet. En comparaison, les médecins bretons déclaraient 9,4 demi-journées en 2002 (39) et les médecins de la région Rhône-Alpes consacraient en moyenne 8,7 demi-journées à leur activité libérale en 2003 (41).

Les médecins de sexe féminin ont travaillé 0,9 demi-journée de moins que les hommes.

Cette différence entre les genres avait déjà été observée dans d'autres régions (39, 41): en Bretagne l'écart s'était porté à 1,1 demi-journée et en Rhône-Alpes à 1,7 demi-journée ($p < 0,001$). L'étude réalisée en Bretagne a également retrouvé un temps de travail inférieur parmi les médecins de moins de 40 ans par rapport aux médecins quinquagénaires. Notre étude n'a pu le prouver, car l'effectif des trentenaires était trop faible. Mais cette différence semble logique compte-tenu de la prédominance féminine des jeunes générations.

Le temps de travail en milieu rural a semblé plus important dans notre étude mais sans significativité statistique.

- Une faible dynamique démographique vers les zones rurales

Dans les zones rurales, l'âge moyen des généralistes s'est élevé à 52,8 ans dépassant ceux des médecins urbains (51,8 ans) et semi-ruraux (49,5 ans). Ces différences n'ont pas été prouvées statistiquement : notre effectif de médecins ruraux a été trop petit. Nous avons également constaté qu'aucun généraliste de moins de 40 ans n'était installé à la campagne et seulement 5,5% des femmes médecins y étaient implantées. Ces zones souffrent déjà d'une sous-médicalisation : en Meurthe-et-Moselle, 7 secteurs à prédominance rurale étaient déficitaires selon l'URCAM en 2007 (47). **La faible attractivité des zones rurales, mise en évidence dans notre étude, et la structure d'âge des généralistes, avec de nombreux départs à la retraite à prévoir dans les prochaines années, risquent d'aggraver une situation déjà difficile.**

Au niveau national, de nombreuses régions présentent les mêmes difficultés. Les zones rurales les moins peuplées sont celles qui sont les plus fragiles en termes de démographie médicale. Les missions régionales de santé, créées par la loi du 13 août 2004, ont défini des zones sous-médicalisées sur l'ensemble du territoire pour lesquelles des aides à l'installation et au maintien de l'activité sont délivrées (12).

Le rapport Berland avance plusieurs raisons quant à la faible attractivité de ces zones (48):

- un cadre de vie altéré par l'isolement des généralistes et par la contrainte plus forte de la permanence et de la continuité des soins
- la désertification du milieu rural à l'origine de difficultés pour les conjoints de médecins à trouver du travail et pour leurs enfants à être scolarisés.

- Des formations complémentaires répandues parmi les généralistes meurthe-et-mosellans

La proportion de généralistes de notre échantillon qui ont déclaré au moins un diplôme complémentaire était de 58%. Dans les autres régions, seuls les médecins de la région PACA ont présenté un taux de formation supérieur, se chiffrant à 59,2%. En Basse Normandie, ce taux était de 30,8%, et en Bretagne, il s'élevait à 37,3% (35).

En Meurthe-et-Moselle, l'accès à ces formations est facilité par la proximité de la faculté de médecine pour tous les médecins de la région nancéenne. Le niveau de formation complémentaire est probablement moins élevé dans les autres départements de Lorraine.

Sans surprise, c'est parmi les médecins diversifiant leur activité que le taux de formation complémentaire a été le plus élevé : il avoisinait 80% alors qu'il était à moins de 20% chez les médecins généralistes non diversifiés. Ces diplômes étaient dans la plupart des cas en rapport avec la discipline ou l'activité complémentaire qu'ils exerçaient.

3 Diversification et MEP

- L'archétype du médecin généraliste traditionnel ne constitue pas le modèle le plus courant

Seuls 28% des généralistes de notre échantillon exerçaient la médecine générale seule : ils n'ont pas diversifié leur exercice.

Ils ont présenté un temps de travail plus long au cabinet que les autres généralistes.

L'étude de l'URMLA a mesuré un taux de généralistes non diversifiés à 25,5%, assez proche de celui de notre enquête (36).

Les autres études n'ont pas mesuré la diversification telle que nous l'avons définie et ne peuvent être comparées à notre enquête.

A cette modalité d'exercice correspond une organisation différente de l'activité : les généralistes non diversifiés étaient moins nombreux à se regrouper dans des cabinets de groupe, à disposer d'un secrétariat et à travailler sur rendez-vous que les généralistes à exercice diversifié et à MEP exclusif.

- Des médecins MEP exclusifs et des médecins secteur 2 faiblement implantés en Meurthe et Moselle

Le SNIR de la CNAM a recensé 12% de médecins à MEP parmi l'effectif total des généralistes libéraux, dont la moitié était homéopathe ou acupuncteur (23). Seuls 4% des généralistes de notre échantillon pratiquaient un ou des MEP de façon exclusive. Plusieurs facteurs expliquent ce décalage : dans notre recrutement, nous avons sélectionné tous les médecins déclarés en tant que généralistes et ceux présentant une orientation homéopathie et acupuncture, mais nous n'avons pas inclus les médecins du sport, les allergologues et les angiologues possédant le diplôme de généraliste et qui sont considérés comme MEP d'après la CNAM. Après consultation du répertoire de l'Assurance Maladie, il s'est avéré que ces derniers étaient au nombre de 25 en Meurthe-et-Moselle (6 allergologues, 18 angéiologues, et 1 médecin du sport) (49). Après avoir réintégré les 19 praticiens de SOS Médecins préalablement exclus dans notre liste de médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, nous avons pu estimer **un taux de médecins MEP en Meurthe et Moselle** conforme aux méthodes de mesure de la CNAM : **il s'est élevé à 7%, soit 5% de moins que l'estimation nationale**. Ce résultat n'est pas surprenant : le rapport de l'ONDPS de 2006 mentionnait une répartition géographique inégale des médecins MEP, avec une plus forte implantation dans l'Ouest de la France et en région parisienne. La proportion de médecins secteur 2 et non conventionnés en Meurthe et Moselle était elle aussi inférieure à la moyenne nationale, à 4,6% contre 9,5% (10). Ce résultat corrobore le précédent puisque d'après le CNOM, la moitié des médecins à MEP évoluent effectivement en secteur 2 ou hors convention (10).

L'étude de l'URMLA, datant de 1999 et réalisée en Aquitaine, a été la seule enquête qui a répertorié de façon exhaustive l'ensemble des activités complémentaires et MEP des généralistes. Elle a retrouvé un taux de médecins à MEP exclusifs à 16%, plus de deux fois supérieur à celui de notre étude. Cette enquête a cependant comporté un biais de sélection avec une surreprésentation des médecins homéopathes et acupuncteurs parmi les 28% de réponses postales (36).

- La majorité des généralistes ont diversifié leur activité...

Dans notre étude, 68% des généralistes ont diversifié leur activité et 4% exerçaient des MEP de façon exclusive. En comparaison, l'étude de l'URMLA a indiqué un taux de diversification moins important à 58,5% mais dans cette étude, le taux de MEP exclusifs a été plus élevé à 16% (36).

Ce modèle a donc constitué une dominante parmi les médecins généralistes meurthe-et-mosellans quelque soient leur âge, leur sexe et leur lieu d'exercice. Toutes les catégories de généralistes ont réalisé une diversification de leur exercice, même en zone rurale, où la démographie médicale est la plus faible. Les médecins urbains ont été néanmoins plus impliqués que leurs confrères ruraux dans les activités diversifiées. D'ailleurs, les cabinets des médecins à MEP exclusif étaient tous situés en zone urbaine.

- sans pour autant abandonner la médecine de premier recours.

En 2006, l'Ordre des Médecins tirait la sonnette d'alarme en affirmant que seulement 62% des généralistes de formation exerçaient la médecine générale et que 14% l'exerçaient à temps partiel, le plus souvent en association avec une autre discipline (10). L'effectif étudié correspondait à l'ensemble des diplômés en médecine générale, dont ceux qui exerçaient d'autres spécialités médicales ou d'autres disciplines comme l'allergologie et l'angéiologie et dont les médecins salariés. Cette étude n'est donc pas directement comparable avec notre enquête qui n'a concerné que les généralistes libéraux. Compte-tenu du contexte démographique et de l'inégalité de répartition géographique des médecins, l'Ordre des Médecins s'est inquiété de l'avenir des effectifs de médecins de premier recours ce qui l'a conduit à promouvoir cette enquête.

Dans notre échantillon, 4% des généralistes ont pratiqué des MEP de façon exclusive, et n'exerçaient pas la médecine générale. 2,5% exerçaient la médecine générale à moins du quart de leur activité, 7% la pratiquaient à une part comprise entre 25 et 50%. Le taux de généralistes exerçant la médecine de premier recours à une part inférieure à la moitié de leur activité s'est donc porté à 13,5%. 86.5% des généralistes consacraient plus de la moitié de leur exercice à la médecine générale, et ils étaient 73,5% à lui réserver plus des 3 quarts de leur activité.

En analysant les motivations des généralistes, seul 1 médecin a exprimé sa lassitude vis-à-vis de la médecine générale pour justifier la diversification de son activité.

La plupart des généralistes à exercice diversifié ont donc privilégié la médecine de premier recours au sein de leur exercice. En moyenne, elle a constitué 78% de leur activité totale.

Par rapport aux médecins généralistes non diversifiés, ils étaient plus nombreux à être assistés d'un secrétariat, à organiser leurs consultations sur rendez-vous et à travailler en cabinet de groupe : ces dispositions sont plus propices à la réalisation d'une diversification médicale et au maintien d'une activité de soins de premier recours. En effet, elles permettent une décharge de certaines tâches administratives et une diminution du temps passé au téléphone et au final un gain de temps pour les activités de soins.

Le temps moyen d'activité au cabinet des généralistes à exercice diversifié est resté supérieur à 9 demi-journées par semaine. Soit à peine 1 demi-journée de moins que les généralistes non diversifiés.

- Les MEP alternatifs, une diversification à part

18% des généralistes de l'échantillon ont eu recours à des soins de médecine complémentaire de façon occasionnelle, et 24% de façon régulière dont 3,6% à titre exclusif. L'homéopathie était le MEP alternatif le plus représenté, avec 23,5% de pratiquants, devant la mésothérapie qui est exercé par 16% de l'effectif, l'ostéopathie pratiquée à un taux de 6,5% et l'acupuncture exercée par 5% des généralistes. L'enquête URMLA a retrouvé des valeurs assez proches avec une proportion de 19,5% d'homéopathes, de 19% de mésothérapeutes et de 8% d'ostéopathes parmi les généralistes aquitains. L'acupuncture y était en revanche deux fois plus pratiquée, avec un taux de 11,5% contre 5% dans notre échantillon (36). L'étude de l'INPES, réalisée au niveau national en 2003, faisait part de taux de pratique plus élevés, évaluant la proportion d'homéopathes à 39%, de mésothérapeutes à 34,7% et d'acupuncteurs à 11,8%. Cette même étude a montré une progression des MEP chez les généralistes depuis les années 1990, leur taux de pratique passant de 52,3% en 1992 à 65,3% en 2003 (33).

Les autres études réalisées à des échelles régionales ont développé des résultats disparates, notamment celle de la DREES et du panel de 5 régions dont la région PACA, qui a indiqué un taux de MEP compris entre 12 et 19%, alors même qu'une étude réalisée deux plus tôt auprès d'un autre panel de la région PACA recensait 57% de médecins à MEP (35, 38). Il est probable que les pratiquants occasionnels ne se soient pas déclarés. Les différences entre les méthodes d'élaboration des questionnaires ont pu être à l'origine de telles disparités.

La pratique moins développée des MEP alternatifs en Meurthe-et-Moselle peut s'expliquer par l'absence d'enseignement dispensé à la faculté de médecine de Nancy. Les médecins lorrains doivent s'inscrire dans les universités voisines s'ils veulent recevoir une formation de médecine alternative : à Strasbourg ou Reims pour le DU d'homéopathie, à Dijon pour le DU de mésothérapie, et encore à Strasbourg pour la capacité d'acupuncture et le DIU d'ostéopathie (50). Ou il leur reste la possibilité de recourir à des formations privées (cf. annexe 2).

La pratique de MEP alternatifs a été néanmoins importante et a concerné toutes les catégories de généralistes, quels que soient leur âge, leur sexe et leur zone d'exercice. Leur développement en médecine générale est même étonnant chez des médecins qui n'ont jamais été sensibilisés à ces médecines durant leur formation initiale. L'intérêt porté aux MEP alternatifs a été principalement d'ordre médical, les praticiens leur reconnaissant une complémentarité à la médecine actuelle.

En effet, les progrès de la médecine n'ont pas d'application directe envers certains maux quotidiens et fonctionnels d'une patientèle de médecine générale. Les traitements médicamenteux ne sont pas toujours adaptés, et un recours à des techniques ou thérapeutiques alternatives peuvent s'avérer utiles dans ce cadre.

Deux types de praticiens de MEP alternatifs se sont distingués :

- les généralistes qui ont recours aux médecines alternatives pour répondre à une problématique ponctuelle de médecine générale ; ils ont plutôt diversifié leur thérapeutique que leur activité.
- les généralistes qui ont adopté une approche clinique différente, proposée par des médecines alternatives qui possèdent leur propre physiopathologie et séméiologie (cas de l'homéopathie, de l'acupuncture et de l'ostéopathie). La prise en charge est différente et les motifs de recours sont en général sélectionnés. Une partie de leurs patients leur sont adressés par d'autres confrères. Ces médecins ont réalisé une réelle diversification de leur exercice médical.

Les généralistes répondant à la première description ont donc intégré la médecine alternative au sein de leur activité de soins de premier recours, qui n'a pas été modifiée par ce type de diversification.

- Les MEP non alternatifs, des pratiques plutôt urbaines

Malgré une fréquence d'exercice à 28,5%, ces types de MEP ont été peu répertoriés par les différentes enquêtes que nous avons présentées. Seule l'enquête de l'URMLA les a mentionnés dans son étude, nous autorisant une comparaison : 7% des généralistes de notre échantillon réalisaient des expertises judiciaires contre 4% des généralistes aquitains ; 6,5% déclaraient exercer leur compétence en nutrition dans notre étude, contre 7% dans celle de l'URMLA. La médecine du sport était davantage pratiquée par les médecins aquitains, avec un taux d'exercice de 11,5% contre 4,5% parmi les médecins de notre échantillon (36). Notre enquête a été la seule à comptabiliser les médecins agréés, qui ont représenté 10,5% de notre effectif total.

Les médecins à MEP non alternatif se caractérisent par une forte implantation urbaine et une faible représentation rurale. Les différences entre ces médecins en fonction de leur sexe et de leur âge ne sont pas significatives.

Compte-tenu de la spécificité des activités constituant cette catégorie, nous ne sommes pas surpris par leur prédominance urbaine, à l'image des spécialités médicales : les expertises judiciaires sont mandatées par des tribunaux localisés dans des villes, l'activité des médecins agréés à la DDASS dépend de la proximité des administrations localisées généralement en milieu urbain ; les disciplines de nutrition et de médecine du sport réalisent une sélection de champs pathologiques : à l'image des autres spécialités, elles recrutent une population plus large que celle d'une simple patientèle de généraliste, et donc plus facilement urbaine.

- Des généralistes à exercice mixte, mêlant activité libérale et salariée, sous-estimés par l'Ordre des Médecins

Le taux d'exercice mixte s'est établi à 22,5% dans notre enquête. Ce chiffre est comparable au taux de 23% retrouvé dans l'étude de l'URMLA (36) et à l'estimation nationale de la CNAMTS de 2002, qui retrouvait un taux de 25% (40). Il est moindre qu'en Pays de la Loire, où d'après l'étude interrégionale de la DREES, 43% des généralistes déclaraient une activité salariée complémentaire (35). Cette catégorie de généralistes se constitue de médecins à activité médicale exercée hors cabinet, évoluant pour la plupart dans des établissements de soins, et de médecins à activité paraprofessionnelle tels les enseignants.

Ces différents résultats confirment la sous-estimation du taux d'exercice mixte des généralistes par le Conseil National de l'Ordre des médecins qui l'évaluait à 9,6% au 01/01/2009 (22). Ils se rapprochent des aspirations des internes en médecine générale interrogés lors de l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG, qui ont souhaité développer une activité mixte pour 28% d'entre eux (25).

- Différentes logiques de diversification coexistent

Les activités diversifiées ont été très variées. Les motivations qui ont guidé les généralistes dans ce choix l'ont été aussi : en analysant leurs réponses, trois modes de raisonnement principaux se sont dégagés :

- La pratique d'un MEP peut compléter la prise en charge classique des patients en médecins générale. Elle permet au généraliste de répondre à davantage de demandes dans son exercice quotidien et d'étendre son champ d'action vis-à-vis de sa patientèle. C'est essentiellement le cas des médecines alternatives dont les motivations d'exercice les plus fréquentes ont été : *la complémentarité d'exercice, procurant bénéfice et alternative thérapeutiques, la moindre nocivité et le moindre recours aux traitements médicamenteux*. Quelques praticiens de MEP non alternatifs se sont inscrits également dans cette démarche en déclarant vouloir *améliorer leurs relations avec les patients et leur proposer une prise en charge plus complète ou non couverte par la médecine générale classique*.

- Certaines activités sont exercées afin de répondre à un besoin médical ou professionnel identifié par le généraliste dans son environnement. Le but a alors été *de rendre service à la collectivité* en ce qui concerne les activités médicales exercées hors cabinet, et *de rendre service à ses confrères, partager ses connaissances et s'impliquer dans la profession* pour les médecins à activité paraprofessionnelle.

- Le choix de diversifier son activité peut être une modalité d'exercice souhaitée par le généraliste. Le domaine d'activité relève de ses affinités et il en retire un bénéfice personnel et/ou un équilibre professionnel. Ce raisonnement est essentiellement attribuable aux médecins à MEP non alternatif, à activité médicale hors cabinet et à activité paraprofessionnelle qui ont justifié leurs pratiques par : *le désir de varier leur activité, l'intérêt intellectuel de la discipline exercée, la rupture de l'isolement professionnel et le travail en équipe*. Quelques médecins à MEP alternatifs se sont inscrits dans cette logique en motivant leur pratique par *la volonté de varier leur activité* et ont été intéressés par *la vision différente et l'approche globale de la pathologie* que proposent certaines médecines alternatives.

La diversification de l'exercice de médecine générale est donc réalisée selon 3 modes de motivations : elle est bénéfique pour le patient, elle est utile pour la collectivité ou la profession et/ou elle confère un bénéfice d'ordre personnel et professionnel aux médecins concernés.

VII. CONCLUSION

La diversification de l'exercice en médecine générale est largement répandue parmi les généralistes meurthe-et-mosellans. Notre étude a montré que toutes les catégories de généralistes y avaient recours. La diversification n'est donc pas l'apanage de médecins urbains évoluant en zones surmédicalisées ou de femmes exerçant la médecine générale à temps partiel. Elle semble au contraire répondre à un besoin ressenti par de nombreux praticiens. Il nous est apparu intéressant de la mettre en relation avec le syndrome d'épuisement professionnel, également appelé « Burn Out Syndrome ».

Il s'agit d'un syndrome psychologique comprenant trois dimensions (51) :

- 1) L'épuisement émotionnel : la personne a perdu tout entrain et n'est plus motivée par son travail. Elle a la sensation que tout est difficile, voire insurmontable. Cette dimension est liée au stress et à la dépression.
- 2) La dépersonnalisation : le médecin présente des attitudes impersonnelles, négatives, détachées et cyniques envers ses patients. Cette attitude est une stratégie qui permet de faire face à l'épuisement émotionnel.
- 3) La réduction de l'accomplissement personnel : la personne s'évalue négativement, se trouve incompétente et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'elle a d'elle-même en tant que professionnel. Cette dimension est la conséquence des deux premières : étant épuisé émotionnellement, n'ayant plus d'intérêt pour ses patients, l'accomplissement personnel est logiquement au plus bas.

Une enquête menée par l'URML de Bourgogne en 2002 a révélé que 47% des médecins de cette région présentaient un score d'épuisement professionnel élevé, 33% un niveau élevé de dépersonnalisation, et 41% un niveau élevé d'accomplissement professionnel (51). Ces chiffres sont inquiétants et indiquent une usure professionnelle réelle des généralistes.

Afin de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel, il est notamment recommandé aux médecins d'élargir leurs centres d'intérêts et de rompre l'isolement de leur exercice (en participant à un groupe de FMC ou en effectuant des vacances au sein d'une équipe soignante par exemple) (52).

La diversification peut constituer une arme contre ce syndrome : le travail en équipe dans les établissements de soins ou au sein d'entreprises, le contact avec d'autres professionnels de santé, l'engagement dans la profession, l'enseignement et l'encadrement d'étudiants sont autant de solutions permettant de rompre avec la solitude de l'exercice du généraliste et ainsi de prévenir l'épuisement émotionnel.

L'investissement dans une activité que le médecin a lui-même choisie et qui a priori l'intéresse est de nature à le valoriser et à accroître son accomplissement personnel.

Une enquête dirigée par l'URML d'Ile de France a étudié la proportion de médecins libéraux se sentant menacés par le syndrome d'épuisement professionnel : les médecins à MEP exclusifs étaient significativement moins nombreux à ressentir ce danger que les généralistes (43,8% contre 60,8%, $p < 0,001$). L'exercice d'une activité salariée complémentaire semblait constituer un élément protecteur (49,2% versus 55,7% pour les médecins sans activité salariée, différence non significative) (53). Mais l'influence de la diversification telle que nous l'avons décrite dans notre travail n'a pas été étudiée. Une enquête évaluant la satisfaction professionnelle et le risque de burn out chez les médecins à exercice diversifié serait instructive : elle permettrait de déterminer si la diversification constitue réellement un remède contre le syndrome d'épuisement professionnel.

Par ailleurs, ce travail a démontré que la diversification était une dominante parmi les généralistes meurthe-et-mosellans. Elle constitue une réalité de la profession de médecin généraliste.

Les enquêtes d'opinion réalisées auprès des internes de médecine générale ont révélé leur aspiration à une activité variée mais aussi leur méconnaissance de leur futur métier.

Et pour cause, les modalités de diversification et les différentes activités qui la composent ne sont pas enseignées aux internes de médecine générale dans les principales facultés de médecine, dont celle de Nancy.

Ces constats plaident pour le développement d'un enseignement ou d'une information au cours du DES de médecine générale, voire pendant le deuxième cycle des études médicales : le but ne serait pas de promouvoir les MEP ou l'activité mixte, mais de rendre compte des différentes modalités d'exercice existants en médecine générale, et pourquoi pas de renforcer l'attractivité de la médecine libérale, malmenée malgré la récente réforme de l'internat. Le message qui pourrait être délivré aux étudiants serait le suivant : par rapport à d'autres spécialités, la médecine générale présente les avantages d'une profession diversifiée dans laquelle chaque individualité peut trouver sa place.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I., Ram P.
La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille.
Wonca Europe [on line] 2002 [cited 2009-01-10].
Available from : URL :
<<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>>
- (2) Duriez M.
Le système de santé en France.
Ministère de la Santé et des Sports [on line] [consulté le 3/11/2009].
Disponible à partir de : URL : <<http://www.sante.gouv.fr/htm/minister/sytsan.htm>>
- (3) Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile de France.
Les centres de santé : une place originale au sein du système de soins de ville.
Atlas de la santé en Île-de-France.
Paris : IAURIF ; 2005.
p.96-97.
Available from : URL : <<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/atlas-centres-de-sante.pdf>>
- (3) Sicart D.
Les médecins : estimations au 1er janvier 2008.
Série Statistiques 2008 ; 127.
- (5) Sécurité sociale dans les mines.
Historique [consulté le 3/11/2009].
Disponible à partir de : URL : <<http://www.secumines.org>>
- (6) Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J.
Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande.
Questions d'économie de la santé 2009 ; 141.
- (43) (7) Rapport-Sandier S., Paris V., Polton D.
Systèmes de santé en transition.
France : Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ; 2004.
- (8) Jung G.
La convention médicale.
Le Collège des Généralistes Enseignants de Picardie [on line] 2007 [cited 2009-10-21].
Available from : URL : <www.picardie.cnge.fr/IMG/pdf/la_convention_nov_07_poly_.pdf>

(9) République française.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

JO du 17 août 2004, n°190, p. 14598.

(10) Rapport-Kahn-Bensaude I.

Démographie médicale française. Les spécialités en crise.

Paris, France : Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2007.

Report No. : 39-2.

Available from : URL : <<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etude39-2-partie1.pdf>>

(11) Rapport-Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

La médecine générale.

Paris, France : ONDPS ; 2008 : 1.

Available from : URL : <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONDPS_-_2006_2007_-_tome1.pdf>

(12) Ministère de la Santé et des Sports.

Comment inciter les médecins à s'installer en zones sous médicalisées? [consulté le 20/10/2009].

Disponible à partir de : URL :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/demographie_medicale/sommaire.htm>

(13) République française.

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

JO du 1^{er} juin 2005, n°126, 29.

(14) Schweyer F-X.

Histoire et démographie médicales.

Adsp 2000 ; 32 : 16-19.

(15) République française.

Loi n°82.1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.

JO du 26 décembre 1982.

(16) République française.

Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

JO du 6 octobre 2004, n°233, p. 17076.

(17) Institut de recherche et de documentation de santé.

Médecin ayant un mode d'exercice particulier [consulté le 1/10/2009].

Disponible à partir de : URL : <<http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2354.html>>

(18) République française.

Arrêté du 12 février 2004.

JO du 18 mars 2004. n°12. 549.

(19) République française.

Arrêté du 20 Juin 2002.

JO du 26 juillet 2002, n° 173, p. 12804.

(20) Organisation Mondiale de la Santé.

Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 [consulté le 1/10/2009].

Disponible à partir de : URL : <<http://apps.who.int/medicinedocs/fr/d/Js2298f/4.1.html>>.

(21) Lhomme Renaud A.

Les médecines parallèles dans la pratique du généraliste : état des lieux de la formation et perspectives.

Thèse : Med : Université Toulouse III.

2006 ; 1020.

(22) Rapport-Legmann M., Kahn-Bensaude I., Romestaing P., Lebreton-Lerouillois G.

Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2009.

Paris, France : Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2009.

(23) Institut de recherche et de documentation de santé.

Démographie et activité des professions de santé [consulté le 1/10/2009].

Disponible à partir de : URL :

<<http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>>

(24) Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Titres et mentions autorisés sur les plaques et ordonnances [consulté le 5/11/2009].

Disponible à partir de : URL : <http://www.web.ordre.medecin.fr/med_qualif/titres.pdf>

(25) Baude N., Flacher A., Bosson J-L., Marchand O.

Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale.

Méd 2008 ; 4 (3) : 135-140.

(26) Rapport-Olaya E., Barbedienne P., Bard P., ARD (URMLRA), Batard G., Chermand D., Granet G., et al.

Etude des mutations en médecine générale.

Grenoble, France : Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire ; 2005.

Report No. : 488.

(27) Rapport-Chaumartin D., Frappe P.

Les aspirations des futurs généralistes stéphanois.

Saint-Etienne, France : Association des futurs médecins généralistes stéphanois ; 2007.

(28) Del Vecchio R.

Evolution des projets professionnels des étudiants en troisième cycle de médecine générale en fonction de leur stages au sein de la faculté de médecine de Créteil.

Thèse : Med : Université de Paris XII.

2007 ; 1015.

(29) Aroulandom-Vanzo M.

Le projet professionnel des étudiants de troisième cycle à la Faculté de médecine de Paris-Sud.

Thèse : Med : Université de Paris XIV.

2007 ; 5034.

(30) Badarelle Y.

Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002).

Thèse : Med : Université de Caen.

2007 ; 3007.

(31) Poisson Rubi S.

Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003.

Thèse : Med : Université de Poitiers.

2006 ; 1023.

(32) Frou B.

Devenir socioprofessionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004.

Thèse : Med : Université de Lyon-Nord.

2006 ; 178.

(33) Gautier A.

Présentation méthodologique et principales caractéristiques des professionnels de santé.

In : Philippe Lamoureux, éditeur.

Baromètre santé médecins/pharmaciens.

Saint-Denis : INPES ; 2003.

p.18-38.

(34) Garry F., Bonnet N.

L'emploi du temps des médecins libéraux selon leurs modes d'organisation.

Conférence DREES, Paris, 16 juin 2004.

(35) Aulagnier M., Obadia Y., Paraponaris A., Saliba-Serre B., Ventelou B., Verger P. et al.
L'exercice de la médecine générale libérale : premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises.

Études et résultats 2007 ; 610.

Available from : URL : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er610.pdf>>

(36) Rapport-Avoie, Farouz, Perrein, Pujos.

Des modes d'exercice pas si particuliers.

Bordeaux, France : URML Aquitaine ; 1999.

Available from : URL : <http://www.urmla.org/IMG/pdf/MEP_1999.pdf>

(37) Rapport-Zeiger G., Gozlan A., Chardin E., Arenou C., Aynaoud O., Bret Bollaert A. et al.

Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile de France.

Paris, France : URML Ile de France ; 2000.

(38) Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux J.C., et al.

Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-D'azur.

Rev Fr Aff Soc 2005 ; 1 : 135.

(39) Rapport-Levasseur G., Sschweyer F.X., Treguer C.

Enquête sur les médecins généralistes bretons.

Rennes, France : Conseil Scientifique de l'Université de Rennes 1 ; 2002.

Available from :

URL : <<http://resmed.univrennes1.fr/mgrennes/IMG/pdf/Rapport091202.pdf>>

(40) Le Fur P., Bourgueil Y., Cases C.

Le temps de travail des médecins généralistes : une synthèse des données disponibles.

Questions d'économie de la santé 2009 ; 144.

(41) Rapport-Romestaing P., Berlier P., Berthet P., Caton J., Dusserre I., Eglinger E. et al.

Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact.

Grenoble, France : Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire ; 2003.

Report No. : 418.A.

(42) Rapport-Bertet J.G., Chapuis J., Delorme P., Feuillet H., Garnier F., Lugand M. et al.

Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007.

Nantes, France : Observatoire Régional de la Santé ; 2008.

Available from : URL : <http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/Panel/2008panel_vague1.pdf>

(43) Rapport-Lemery B., Bonnet C.

Le panel de médecins généralistes en Bourgogne Première enquête premier état des lieux.

Dijon, France : Observatoire régional de la Santé Bourgogne ; 2008.

Available from : URL : <<http://orsbourgogne.free.fr/Panel1.pdf>>

(44) Rapport-Scimeca D., Popowski P., Wilthien F., Larcher S., Sebbag M., Mouries R., et al.
Voyage au centre de vos pratiques.

Paris, France : URML Ile de France ; 2008.

Available from : URL : <http://www.urml-idf.org/urml/enquete/enquete_MEP_juin2008.pdf>

(45) Rapport- Kahn-Bensaude I., Lebreton-Lerouillois G.

Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2008.

Paris, France : Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2008.

(46) Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S.

La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national.

Études et Résultats 2004 ; 352.

Available from : URL : <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er352.pdf>>

(47) Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie.

Densité de médecins généralistes en 2007 [consulté le 1/10/2009].

Disponible à partir de : URL : <<http://carto.assurance-maladie.fr/>>

(48) Rapport-Berland Y.
Commission démographie médicale.
Paris, France : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille ; 2005.
Available from : URL : < http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/rapport.pdf>

(49) L'assurance Maladie en ligne.
Adresses et tarifs des professionnels de santé [consulté le 15/10/2009].
Disponible à partir de : URL : <<http://www.ameli.fr/assures/adresses-tarifs/professionnels-de-sante.php>>

(50) Quotimed-Le site du quotidien du médecin.
Les diplômés d'université [consulté le 15/10/2009].
Disponible à partir de : URL : < <http://www.quotimed.com/DuDiu/index.cfm>>

(51) Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne.
Burn'out : quand l'épuisement guette.
Ressources 2002 ; 1.

(52) Gautier I.
Burn out des médecins.
Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris 2003 ; 86.

(53) Rapport-Galam E.
L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens.
Paris, France : URML Ile de France ; 2007.
Available from : URL :
<http://www.urml-idf.org/urml/enquete/R_BurnOut_0707.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

1 Numéro d'identification :

2 Age Sexe

3 Type d'exercice a : rural - semi rural - urbain
b : cabinet individuel - cabinet de groupe

4 Secteur d'exercice : 1 - 2 - 3

5 Participation à la permanence de soins : oui - non

6 Visites à domicile régulières : oui - non

7 Organisation du cabinet :

Secrétariat oui - non

Rendez-vous oui - partiel - non

8 Diplômes détenus en plus du Doctorat :

1

2

3

4

5

9 Nombre de demi-journées hebdomadaires consacrées à la médecine générale libérale
=...

10 Modes d'exercice particulier (au cabinet) = Toute médecine à outil diagnostic ou thérapeutique différent de la médecine classique, mais aussi toute discipline avec sélection d'un champ pathologique, effectuées au cabinet

Ex : acupuncture, mésothérapie, ostéopathie, homéopathie, autres médecines non conventionnelles, médecine du sport, médecine thermique, addictologie, expertise, médecine agréée,...

1.....

Part dans l'activité médicale au cabinet =

Ou Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

2.....

Part dans l'activité médicale au cabinet =

Ou Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

3.....

Part dans l'activité médicale au cabinet =

Ou Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

4.....

Part dans l'activité médicale au cabinet =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

11 Activités médicales complémentaires hors cabinet = activités de soins à l'hôpital, dans des centres de soins spécialisés, consultations de PMI ou dispensaire, coordination EPHAD, médecin pompier, régulation urgences, médecine du travail, recherche, ...

salariée : 1.....

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

2

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =
3

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

_bénévole : 1

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

2

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

_autre mode rémunération :

1

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

2

Part dans l'activité totale =

Nombre de consultations, heures ou ½ journées hebdomadaires =

12 Activité paraprofessionnelle = inclue les responsabilités ordinales, syndicales, associatives ou dans des groupes de pair, les activités d'enseignement, de formation, de maître de stage pour étudiants,...

_rémunérée :

1

Activité principale : oui - non

Part dans l'activité totale =

Nombre d'heures ou ½ journées hebdomadaires =

2

Activité principale : oui - non Part dans l'activité totale = ...

Nombre d'heures ou ½ journées hebdomadaires =

_bénévole :

1

Activité principale : oui - non

Part dans l'activité totale =

Nombre d'heures ou ½ journées hebdomadaires =

2

Activité principale : oui - non

Part dans l'activité totale =

Nombre d'heures ou ½ journées hebdomadaires =

12 Bénéfices/intérêts de la pratique de ces modes d'exercice ou activités complémentaires : (réponse libre)

.....
.....
.....

13 Souhaitez vous dans l'avenir développer un MEP ou une activité complémentaire ? :

oui - non

La ou lesquelles :

.....

ANNEXE 2 : LISTE DES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES PAR CATÉGORIE ET ORDRE DE FRÉQUENCE

Diplômes alternatifs = 56

- Homéopathie : 24
 - DU : 2 (Reims et Strasbourg)
 - Laboratoire Boiron : 10
 - CEDH : 3
 - Autres formations : 9
- Acupuncture : 14
 - Capacité : 1
 - DIU : 4
 - Autres formations : 9
- Ostéopathie : 12
 - formations privées diverses : 5
 - DU 2 (Reims et Strasbourg) : 2
 - GEM 55 : 5
- Mésothérapie : 3
 - DIU : 1 (Dijon)
 - Formations privées : 2
- Phytothérapie
 - Formation privée (Association française de phytothérapie et d'aromathérapie) : 1
- Auriculothérapie :
 - DIU : 1 (Bobigny)
- Alimentation-Santé et Micronutrition :
 - DU : 1 (Dijon)

Diplômes populationnels ou sociaux = 97

- Capacité de gérontologie : 11
- DIU Santé tropicale et Pathologies du voyageur : 11
- DIU Nutrition humaine : 11
- DIU Cancérologie en médecine omnipraticienne : 10
- Attestation de pédiatrie : 7
- DIU Coordination médicale des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : 5
- Capacité de Médecine d'urgence : 5
- DU Médecine de catastrophe : 4
- DU Gynécologie médicale : 4
- DIU Actualisation des connaissances et des pratiques médicales générales : 3
- DU Santé publique et promotion de la santé : 3
- DIU Santé de l'enfant : 3
- Capacité d'Addictologie Clinique : 3
- CES de Médecine du Travail : 2
- Formation en médecine du travail de l'Institut National de Médecine Agricole : 2

- DU Antibiothérapie : 2
- Médecine et Santé des pays en voie de développement : 2
- DU gérontologie : 2
- Attestation complémentaire VIH : 1
- Attestation complémentaire Antibiotologie : 1
- DIU Diabétologie : 1
- DIU Etude et prise en charge de la douleur : 1
- DU Podologie médicale : 1
- DIU Mémoire normale et pathologies de la mémoire : 1
- DU Psychosomatique intégrative : 1

Autres Diplômes complémentaires = 67

- DU de Réparation juridique du dommage corporel : 17
- DU Formation des Médecins-Conseils en assurance-vie : 7
- DU Médecine légale / Capacité de Pratiques médico-judiciaires : 6
- Médecine esthétique : 6
 - DIU européen de traitement de la calvitie : 1
 - DIU Morphologie et anti-âge : 3
 - Autres formations : 2
- Capacité d'Hydrologie et Climatologie médicales : 5
- DU Droit médical : 4
- DIU Pédagogie médicale : 4
- DU Médecine statuaire et médecine agréée : 2
- Formation médicale de l'Institut National de la Sécurité Routière et de Recherche : 2
- CES Toxicologie et réanimation médicale : 2
- Capacité de Médecine aérospatiale : 2
- DIU Sexologie : 2
- CES d'utilisation des radioéléments : 1
- CES de Rhumatologie : 1
- CES Allergologie : 1
- CES d'Analyse Biologique : 1
- Doctorat de 3^e cycle- Faculté de Sciences : 1
- DU Médecine de montagne : 1
- DIU Andrologie : 1
- DU Psychiatrie et psychologie légales : 1

Médecine du sport = 23

- DU Médecine et traumatologie du sport : 13
- Capacité Médecine et biologie du sport : 7
- CES Médecine et traumatologie du sport : 2
- CES Médecine et biologie du sport : 1

ANNEXE 3 : COMPLÉMENTS DES TABLEAUX P. 54-57

Autres MEP alternatifs : 6

Auriculothérapie : 3

Phytothérapie : 2

Micronutrition : 1

Autres MEP non alternatifs : 18

Conseil assurance vie : 5

Psychologie d'accompagnement/ de soutien : 3

Médecine agréée SNCF : 3

Sexologie : 2

Consultant en analyse du risque médical : 1

Médecine d'aptitude ANPE : 1

Rhumatologie : 1

Addictologie : 1

Allergologie : 1

Autres activités médicales hors cabinet : 26

Contrôle anti dopage : 2

Encadrement événement sportif : 2

Médecin fédéral football : 1

Médecin d'un foyer pour aveugle : 1

Médecin d'un réseau de soins palliatifs : 1

Médecin de crèche : 2

Médecin statutaire à la Police Nationale : 1

Médecin à la commission préfectorale du Permis de conduire : 2

Médecin Gendarmerie Nationale : 1

Médecin conseil mutuelle : 1

Médecin entreprise SNCF : 4

Médecin régulateur Médigarde : 4

Médecin légiste : 1

Praticien au centre de médecine préventive : 1

Médecin militaire : 1

Médecin conseil EDF : 1

Autres activités paraprofessionnelles : 2

Conseil administration CHU : 1

Mandat politique : conseil administration réseau gérontologique et commission pour personnes âgées handicapées : 1

ANNEXE 4 : ACTIVITÉS SALARIÉES COMPLÉMENTAIRES DÉCLARÉES PAR LES GÉNÉRALISTES

Activités salariées d'ordre médical et pratiquées hors cabinet :

(n=52)

Médecin coordinateur en EPHAD : 8
Médecin de caserne militaire : 1
Médecine d'IME (Institut médico-éducatif) : 2
Médecin SNCF (entreprise) : 4
Médecin PMI : 5
Centre de référence Maladies rares et orphelines (chu) : 1
Centre régional d'accueil et de soins des sourds : 1
Attaché vacataire SAMU Nancy : 1
Réseau soins palliatifs : 1
Médecin de crèche : 2
Attaché au CHR en gériatrie : 1
Médecine préventive : 1
Foyer pour aveugle : 1
Médecin statutaire à la Police Nationale : 1
Commission préfectorale au Permis de conduire : 1
Médecin Gendarmerie Nationale : 1
Attaché de consultation en sexologie au CHU : 1
Soins de suite et réadaptation clinique : 1
Médecin homéopathe en centre de santé : 1
Addictologue à l'UFFAT : 2
Médecin conseil mutuelle : 1
Médecin conseil EDF : 1
Médecins dans centre pour handicapés physiques : 1
Attaché de consultation mémoire en centre hospitalier : 1
Consultations de médecine générale en centre de santé : 1
Hôpital local : 5

- Activités salariées paraprofessionnelles :

Directeur médical de la Croix Rouge : 1
Maitre de conférence universitaire : 1
Enseignant universitaire au département de médecine générale : 3

VU

NANCY, le 12 novembre 2009
Le Président de Thèse

NANCY, le 16 novembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur O. ZIEGLER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 19 novembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans les années 2000, plusieurs enquêtes d'opinion ont mis en évidence les aspirations croissantes des jeunes générations à une activité libérale variée. Les sources d'information de la démographie médicale ne permettent pas d'apprécier la diversité réelle de l'exercice des médecins généralistes. Des enquêtes parallèles ont rendu compte de la pratique de modes d'exercice particulier et d'activités complémentaires par les généralistes à exercice traditionnel, qui réalisent alors une diversification de leur activité.

L'objectif de notre étude a été de répertorier l'intégralité des pratiques complémentaires des généralistes, à savoir les MEP, les activités médicales exercées en dehors du cabinet et les activités paraprofessionnelles, et d'en connaître la fréquence d'exercice. 224 généralistes tirés au sort ont été contactés par téléphone et 89% d'entre eux ont répondu à notre questionnaire.

Les résultats ont indiqué que 68% des généralistes de Meurthe-et-Moselle présentaient au moins une activité diversifiée. 42% des généralistes ont déclaré la pratique de MEP de médecine alternative. 28,50% ont fait part de la pratique d'autres MEP. Le taux d'exercice d'activité médicale hors cabinet, dont salariée a atteint 29% et le taux d'activité paraprofessionnelle s'est porté à 20%. La diversification a concerné toutes les catégories de généralistes quels que soient leur âge, leur sexe et leur zone d'exercice. Les médecins évoluant en milieu urbain ont consacré une part plus importante de leur exercice à ces types d'activités que leurs confrères ruraux.

Le besoin de varier l'activité, la complémentarité des médecines alternatives, et l'attrait intellectuel de certaines disciplines ont été évoqués par une majorité de généralistes pour expliquer les raisons de leur diversification.

Cette étude a révélé la grande variété et la fréquence de pratique des activités diversifiées. Pour la plupart des généralistes, la diversification de l'exercice médical ne les a pas détournés de leur mission de soins de premier recours ; ne constitue-t-elle pas au contraire un remède au syndrome d'épuisement professionnel des praticiens de médecine générale?

TITRE EN ANGLAIS :

Modes of particular exercise and diversification of the practice in general medicine : descriptive survey with a general practitioner's representative sample in Meurthe-et-Moselle.

THÈSE : Médecine générale, 2009

MOTS CLÉS :

Diversification, médecine générale, modes d'exercice particulier, exercice professionnel, activité mixte, activité paraprofessionnelle, enquête.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex