



ÉTUDES et RÉSULTATS

mai 2022
n° 1229

Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe

En 2019, selon le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, les médecins généralistes exerçant en groupe pluriprofessionnel (avec des professionnels paramédicaux) déclarent travailler en moyenne 53 heures par semaine, soit 2 heures de moins que les médecins exerçant seuls et 3 heures de plus que les médecins exerçant en groupe monodisciplinaire (avec d'autres médecins généralistes).

Ces différences sont liées au profil des médecins qui choisissent l'exercice en groupe ainsi qu'aux territoires dans lesquels ils sont installés. Les médecins exerçant en groupe sont en moyenne plus jeunes et sont plus souvent des femmes que ceux exerçant seuls ; parmi les groupes, les pluriprofessionnels sont plus souvent implantés dans des territoires défavorisés sur les plans médical et social.

À caractéristiques sociodémographiques et lieu d'exercice égaux, les médecins en groupe monodisciplinaire déclarent un temps de travail plus faible que les médecins exerçant seuls ou en groupe pluriprofessionnel. Par ailleurs, l'exercice en groupe, qu'il s'agisse de groupe monodisciplinaire ou pluriprofessionnel, est associé à plus de temps pour les activités secondaires non libérales et à davantage de congés annuels que l'exercice individuel.

Enfin, les médecins exerçant en groupe déclarent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, surtout lié au moindre temps de travail.

Myriam Biais (Cesp), **Matthieu Cassou** (Irdes, DREES) et **Carine Franc** (Cesp, Irdes)*

* Ces travaux ont été réalisés dans le cadre de conventions de recherche financées par la DREES pour contribuer à l'évaluation de la Stratégie nationale de santé.

En France, la nécessité d'assurer une offre de soins de premiers recours en adéquation avec les besoins, en particulier dans les territoires peu dotés, requiert, pour les médecins installés, de conjuguer le maintien d'une activité suffisante avec un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle satisfaisant, afin d'encourager et de pérenniser leur installation. Pour les jeunes générations, cet équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle constitue un facteur clé de choix de carrière, d'installation et de localisation (Observatoire national de la démographie des professions de santé, 2008).

Du point de vue des professionnels de santé, l'exercice collectif peut offrir des avantages par rapport à l'exercice individuel. La présence d'un collectif peut en effet contribuer à améliorer les conditions de travail, car il offre une plus grande flexibilité dans l'organisation de la pratique médicale et favorise, entre autres, le partage de la charge de travail et des contraintes associées à la permanence des soins (*encadré 1*). Qui plus est, la coopération pluriprofessionnelle, en apportant une certaine réallocation des tâches entre professionnels, peut également permettre de libérer du temps médical ●●●

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

- dans ces structures. Les données du quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale sur les temps de travail déclarés par les médecins généralistes permettent d'étudier dans quelle mesure le modèle d'exercice – seul, en groupe monodisciplinaire ou en groupe pluriprofessionnel – est associé à des différences de temps de travail déclarés et de conditions de travail perçues par les médecins généralistes (*encadré 2*).

61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe en 2019

En 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux en France déclarent exercer en groupe pour leur activité libérale. Ceux-ci sont équitablement répartis entre groupes monodisciplinaires (32 % des médecins généralistes libéraux) et groupes pluriprofessionnels (29 %). Ce dernier modèle d'exercice, très hétérogène, se développe assez rapidement, à l'image de l'émergence des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), dont le nombre est passé de moins de 20 en 2008 à plus de 1 800 en 2021 (Chevillard, Mousquès, 2021). Ces structures regroupent, *a minima* pour les

signataires de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), des médecins généralistes et des infirmiers avec d'autres professions de santé. Parmi les médecins exerçant en groupe pluriprofessionnel, la part de ceux exerçant en MSP ayant signé l'ACI s'élève à 20 %, ce qui correspond à 6 % de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.

Cette évolution favorable à l'exercice en groupe devrait se poursuivre au vu de la forte préférence des jeunes médecins généralistes pour ce modèle d'exercice (huit médecins généralistes de moins de 50 ans sur dix en 2019) [Chaput, *et al.*, 2019]. Cette tendance se traduit par des différences de profil en termes de sexe et d'âge dans chaque modèle d'exercice. Ainsi, alors que les médecins travaillant seuls ont en moyenne 58 ans et comptent 29 % de femmes, ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel sont plus jeunes (49 ans en moyenne) et plus fréquemment des femmes (43 %). Les médecins qui exercent dans des MSP signataires de l'ACI ont un profil sociodémographique et une offre de travail semblables à ceux qui exercent dans les autres groupes pluriprofessionnels (*encadré 1*).

Encadré 1 Source, champ et définitions

Source

Le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale est une enquête menée en France entière, hors Mayotte, par la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et Unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, installés au 1^{er} janvier 2018, ayant été déclarés comme médecin traitant par au moins 200 patients et sans modèle d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur). À la suite de l'application de l'ensemble des critères d'inclusion, la base de sondage rassemble 45 000 médecins, sur 67 000 médecins généralistes recensés au répertoire partagé des professionnels de santé.

La vague d'inclusion de l'enquête a été menée par téléphone d'octobre 2018 à février 2019. Le questionnaire a été élaboré par la DREES, l'ORS Paca et l'Aix-Marseille School of Economics avec la participation de la Direction générale de l'offre de soins, la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé, la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) ainsi que des partenaires habituels du Panel (ORS Pays de la Loire, URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur et URML Pays de la Loire). Il aborde, à la suite de la section sur l'éligibilité des médecins, le modèle d'exercice de l'activité, le temps de travail, ainsi qu'une dernière section dédiée à la collecte de compléments sociodémographiques.

Les données de l'enquête sont pondérées afin de tenir compte des suréchantillonnages intentionnels (régions Paca et Pays de la Loire, zones sous-denses en médecins généralistes) et de la non-réponse. Ainsi, l'échantillon des répondants est dit représentatif de l'ensemble du champ de l'enquête selon le sexe, l'âge, le volume d'activité, l'exercice ou non dans une région partenaire et l'exercice ou non dans une zone à faible densité médicale. **Les analyses présentées ici sont systématiquement pondérées.**

Champ de l'étude

L'étude prend en compte les médecins exerçant en France métropolitaine, seuls, en groupe avec des médecins généralistes, ou en groupe avec d'autres médecins et des paramédicaux. Sont donc exclus des analyses, du fait des fortes spécificités des conditions d'exercice, les médecins généralistes exerçant dans les départements et territoires d'outre-mer (42 répondants) et ceux exerçant uniquement avec des médecins spécialistes (50 répondants).

Pour évaluer les comportements moyens d'offre de travail des médecins sur une semaine de travail définie comme « ordinaire » dans le questionnaire, ont été exclus ceux ayant reporté des réponses en termes de temps de travail qui semblaient relever de situations exceptionnelles : soit un volume horaire hebdomadaire supérieur ou égal à 100 heures, soit 7 jours complets de travail sur la semaine, soit des durées moyennes de travail journalier supérieures à 16 heures (soit au total 177 médecins exclus). *In fine*, les analyses exploitent les réponses de 3 031 médecins généralistes.

Définitions

Le modèle d'exercice distingue les médecins généralistes exerçant seuls, les médecins en groupe avec uniquement des médecins généralistes, dits en groupe monodisciplinaire, et enfin ceux exerçant en groupe avec des paramédicaux (avec ou sans autres médecins) dits en **groupe pluriprofessionnel**. Ce dernier modèle d'exercice compte une certaine hétérogénéité tant dans la forme juridique du groupe que dans sa composition. Dans ce modèle d'exercice, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dites conventionnées, c'est-à-dire maisons de santé labellisées qui ont signé l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) de la CNAM, sont distinguées. Cet accord prévoit d'allouer une rémunération aux structures des professionnels en contrepartie de l'atteinte d'objectifs visant notamment à améliorer l'accessibilité aux soins (amplitude horaire élargie, plages de soins non programmées, systèmes d'informations partagés etc.). Elles sont repérées dans cette étude par leur statut juridique de société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA), statut créé pour permettre aux structures de recevoir directement des financements liés à l'exercice coordonné. Les médecins y exerçant ont été intentionnellement surreprésentés lors de l'échantillonnage.

L'offre de travail des médecins est mesurée selon trois dimensions : 1/ le **nombre d'heures de travail hebdomadaire déclaré** avec la répartition entre activités libérales et activités non-libérales dites secondaires, principalement des activités salariées¹ ; 2/ le **nombre de semaines de vacances/congés annuel** déclaré ; 3/ la **durée moyenne de consultation en minutes** rapportée par le médecin, permettant d'approcher sa disponibilité pour ses patients.

La perception par le médecin de l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie personnelle est également étudiée en tant que *proxy* de la satisfaction vis-à-vis des conditions de travail. Les médecins qui jugent cet équilibre bon ou très bon sont distingués des répondants qui se déclarent moins satisfaits afin d'identifier les éventuelles différences selon leur modèle d'exercice.

1. Les médecins généralistes peuvent exercer une activité médicale secondaire en parallèle de leur activité libérale soit sous forme d'emploi salarié soit sous forme de vacations.

Quels que soient les territoires, les médecins exerçant seuls travaillent plus que ceux en groupe

Les médecins exerçant seuls déclarent en moyenne travailler 2 heures de plus que ceux qui sont en groupe pluriprofessionnel (55,4 heures, contre 53,1 heures par semaine), et près de 5 heures

de plus que les médecins en groupe monodisciplinaire (50,7 heures par semaine) [tableau 1]. Les écarts selon les modèles d'exercice se reproduisent dans la plupart des types de territoire : en effet, si les médecins exerçant seuls disent travailler plus que leurs confrères dans la plupart des types de territoire, ceux exerçant en groupe

Encadré 2 Méthode

La relation entre les différentes dimensions du temps de travail et le modèle d'exercice a été estimée au moyen de régressions linéaires classiques par la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO), la perception des médecins vis-à-vis de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle a été analysée par un modèle de régression logistique. Les variables de contrôle connues pour influencer l'offre de travail des médecins (Chaput, et al., 2019 ; Mikol, Franc, 2019) ont été intégrées aux modèles :

- *les caractéristiques sociodémographiques* des médecins telles que l'âge et l'âge au carré pour prendre en compte la relation non linéaire entre ancienneté d'exercice et temps de travail au cours du cycle de vie (Bellamy, 2014), le sexe et la présence ou non d'enfants à charge de moins de 18 ans ;
- *l'engagement ou non des médecins dans les dynamiques locales de réorganisation de l'offre* : participation ou non à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et/ou à une équipe de soins primaires (ESP). Ces participations sont associées à des activités additionnelles et donc potentiellement à des temps de travail supplémentaires ;
- *les caractéristiques locales de l'offre et de la demande de soins* : une typologie des territoires de vie-santé (Chevillard, Mousquès, 2021) distinguant six groupes de territoires de vie¹ selon leurs caractéristiques sociosanitaires est mobilisée : espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins ; marges rurales peu attractives et

aux populations fragiles ; espaces de retraite et de tourisme bien dotés en offre de soins ; espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires ; villes-centres hétérogènes socio-économiquement et à l'offre de soins abondante ; villes et couronnes périurbaines favorisées.

Afin d'identifier les associations entre modèle d'exercice et offre de travail des médecins généralistes en conservant leurs propriétés organisationnelles respectives, les autres variables caractérisant l'organisation du cabinet, telles que la présence ou non d'un secrétariat ou la mise en place de plages de consultations sans rendez-vous ont été écartées des variables de contrôle.

Les résultats des analyses se sont montrés robustes à différentes spécifications, notamment aux caractérisations de l'offre et de la demande locales de soins (densité standardisée de médecins généralistes, proportion de la population ayant 65 ans ou plus, etc.). Les résultats sur le temps de travail consacré aux activités secondaires sont également robustes à différentes méthodes de régression qui tiennent mieux compte de la distribution particulière de cette variable, notamment une approche en deux étapes consistant à estimer, par régression logistique, la probabilité de disposer d'une activité secondaire, puis le volume de l'activité secondaire estimée en MCO quand celle-ci est positive. Par ailleurs, ces analyses s'appuient sur des méthodes d'estimations des erreurs standards robustes à l'hétéroscédasticité.

1. Un territoire de vie est un regroupement de communes organisées autour d'un pôle de services, au sein desquelles la population a accès aux équipements et services les plus courants. Dans les contours d'un territoire de vie s'organise une grande partie du quotidien des habitants.

Tableau 1 Caractéristiques des médecins généralistes selon leur modèle d'exercice

	Modèle d'exercice				
	Tous	En groupe mono-disciplinaire	En groupe pluriprofessionnel	Dont en MSP ACI ~ 20 % des MG en groupe pluriprofessionnel	Exerçant seul
	100	32	29		39
Âge (en années), moyenne (écart-type)	53 (11)	51 (11)	49 (11)	49 (11)	58 (8)
Sexe					
Femme (en %)	39	46	43	39	29
Présence d'enfants à charge					
Oui (en %)	39	43	53	47	25
Typologie sociosanitaire des territoires de vie (en %)					
Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins primaires	20	19	24	25	18
Marges rurales peu attractives et aux populations fragiles	12	8	16	31	14
Espaces urbains défavorisés aux plans socio-économique et sanitaire	11	9	13	10	11
Espaces de tourisme et de retraite relativement bien dotés en offre de soins	10	11	12	10	7
Villes-centres hétérogènes socio-économiquement et à l'offre de soins abondante	30	34	22	12	32
Villes et couronnes périurbaines favorisées avec un meilleur état de santé	17	19	13	12	18
Engagement dans une CPTS ou une ESP					
Oui (en %)	14	7	27	67	9
Temps de travail hebdomadaire en heures, moyenne (écart-type)	53,2 (12)	50,7 (11)	53,2 (10)	53,4 (11)	55,4 (12)
Activités secondaires en parallèle					
Oui (en %)	22	21	28	36	20
Parmi les médecins déclarant une activité secondaire, temps de travail dédié à celle-ci (en heures)	8,9 (6,7)	10,2 (7,4)	9,4 (7,1)	9,7 (8,1)	7,2 (5,4)
Volume annuel de congés en semaines, moyenne (écart-type)	5,7 (2,4)	6,2 (2,2)	5,9 (2,2)	6,0 (2,1)	5,6 (2,6)

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé ; ESP : équipe de soins primaires ; MG : médecin généraliste.

Lecture > 39 % des médecins généralistes ont des enfants à charge, ils sont 53 % à en avoir dans les groupes pluriprofessionnels.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine, hors valeurs déclarées exceptionnelles.

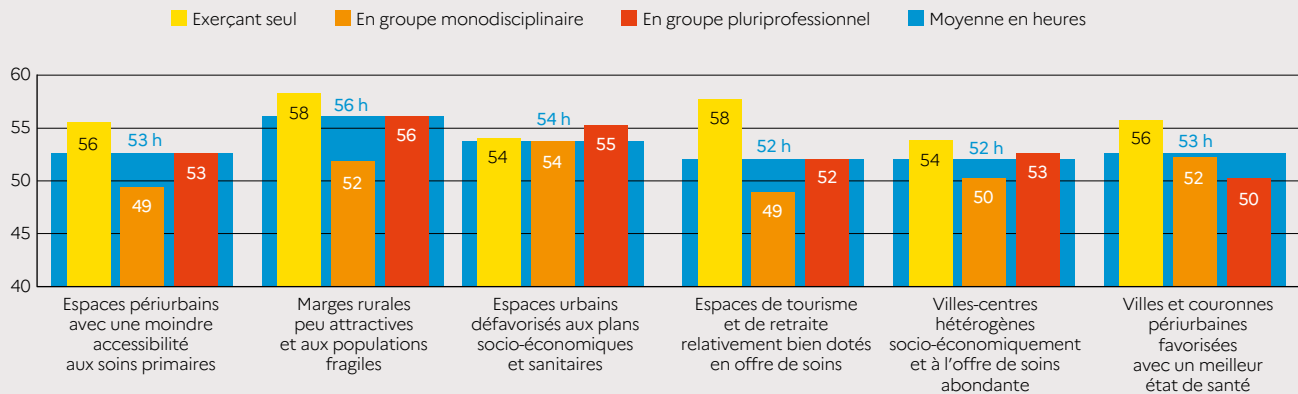
Source > DREES, ORS et URPS de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-mars 2019.

> *Études et Résultats* n° 1229 © DREES

monodisciplinaire déclarent, à l'inverse, presque toujours un volume horaire inférieur à la moyenne (*graphique 1*). Les médecins exerçant en groupe pluriprofessionnel déclarent, quant à eux, des temps de travail inférieurs à ceux des médecins exerçant seuls mais, dans les marges rurales et les espaces urbains défavorisés – dans lesquels ce modèle d'exercice est le plus représenté, notamment

sous la forme de MSP conventionnées –, ils consacrent 2 à 3 heures de plus à leur exercice que la moyenne nationale (53,2 heures). Ces différences observées entre exercice seul et exercice en groupe pluriprofessionnel semblent davantage associées aux profils spécifiques des médecins qu'aux effets propres des modèles d'exercice (*tableau 2*). En effet, en tenant compte des caractéristiques

Graphique 1 Nombre d'heures hebdomadaires travaillées en moyenne par modèle d'exercice selon la typologie sociosanitaire des territoires de vie-santé



Lecture > Parmi les médecins généralistes en groupe pluriprofessionnel, les médecins en marges rurales travaillent en moyenne 56 heures hebdomadaires, le temps de travail moyen dans ces zones étant de 56 heures également.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine, hors valeurs déclarées exceptionnelles.

Source > DREES, ORS et URPS de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-mars 2019.

> *Études et Résultats* n° 1229 © DREES

Tableau 2 Relations estimées entre modèle d'exercice et dimensions de l'offre de travail des médecins généralistes

	Temps de travail global heure/semaine (h/s)	Temps activés libérales (h/s)	Temps activés secondaires (h/s)	Congés (semaine/an)	Durée d'une consultation (min)
Constante	58,60 (1,01) ***	56,85 (0,99) ***	1,04 (0,39) **	4,83 (0,19) ***	17,64 (0,41) ***
Modèle d'exercice (ref : exerçant seul)					
En groupe monodisciplinaire	-3,25 (0,81) ***	-4,20 (0,79) ***	0,94 (0,30) **	0,99 (0,17) ***	-0,34 (0,35)
En groupe pluriprofessionnel	-1,37 (0,75)	-2,82 (0,75) ***	1,44 (0,30) ***	0,67 (0,17) ***	-0,27 (0,31)
Sexe (ref : homme)					
Femme	-5,22 (0,60) ***	-4,45 (0,59) ***	-0,43 (0,23)	0,49 (0,13) ***	2,33 (0,31) ***
Âge					
Âge centré	-0,03 (0,04)	-0,08 (0,04)	0,06 (0,02) ***	0,00 (0,01)	0,06 (0,02) **
Âge centré au carré	-0,02 (0,00) ***	-0,02 (0,00) ***	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)
ESP / CPTS (ref : non)					
Oui	2,26 (0,84) **	1,42 (0,85)	0,58 (0,30)	-0,06 (0,18)	0,24 (0,30)
Typologie sociosanitaire des territoires de vie (ref : villes-centres hétérogènes socio-économiquement et à l'offre de soins abondante)					
Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins primaires	0,41 (0,90)	1,47 (0,87)	-0,78 (0,29) **	0,14 (0,19)	-0,30 (0,36)
Marges rurales peu attractives et aux populations fragiles	2,82 (0,93) **	3,03 (0,95) **	-0,02 (0,36)	-0,01 (0,22)	-0,71 (0,48)
Espaces urbains défavorisés aux plans socio-économique et sanitaire	2,20 (1,07) *	3,02 (1,11) **	-0,70 (0,37)	0,26 (0,27)	-1,85 (0,40) ***
Espaces de tourisme et de retraite relativement bien dotés en offre de soins	0,70 (1,13)	1,01 (1,08)	-0,10 (0,45)	-0,60 (0,23) **	-0,17 (0,40)
Villes et couronnes périurbaines favorisées avec un meilleur état de santé	1,28 (0,86)	1,73 (0,88) *	-0,16 (0,37)	0,21 (0,21)	0,78 (0,46)
Nombre d'observations	3 031	3 031	3 031	3 010	3 025

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé ; ESP : équipe de soins primaires ; h/s : heures par semaine ; min : minutes.

Note > La variable d'âge a été centrée autour de la moyenne, et les analyses sont également ajustées de la présence d'enfants à charge. Les médecins n'ayant pas répondu sont *de facto* exclus.

Les symboles *, ** et *** signalent les coefficients significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %.

Lecture > Relativement aux médecins exerçant seuls, les médecins en groupe pluriprofessionnel consacrent en moyenne 2,8 heures en moins pour leurs activités libérales par semaine à sexe, âge, enfants à charge, territoires de vie et engagement dans une communauté professionnelle territoriale de santé ou une équipe de soins primaires égal.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine, hors valeurs déclarées exceptionnelles.

Source > DREES, ORS et URPS de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-mars 2019.

> *Études et Résultats* n° 1229 © DREES

individuelles et du lieu d'exercice, la différence estimée de temps de travail hebdomadaire entre ceux exerçant seuls et ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel s'avère non significative. En revanche, travailler en groupe monodisciplinaire est associé à une réduction significative du volume horaire hebdomadaire de plus de 6 % (soit 3,2 heures par semaine). Les volumes d'heures travaillées déclarés dépendent significativement des types de territoire d'exercice et ce, en contrôlant du modèle d'exercice : dans les territoires défavorisés en termes de ressources économiques et/ou médicales, le temps de travail hebdomadaire déclaré par les médecins généralistes est plus élevé par rapport à celui des médecins exerçant dans des villes-centres. Ces effets territoriaux s'observent aussi sur les durées de consultation, en moyenne réduites par rapport aux médecins généralistes exerçant dans des villes-centres, tout particulièrement au sein des espaces urbains défavorisés où la durée moyenne de consultation déclarée est inférieure de 2 minutes.

Au cours d'une année, toutes choses égales par ailleurs, les médecins exerçant en groupe prennent significativement plus de congés que leurs confrères travaillant seuls : en moyenne une semaine supplémentaire pour les médecins exerçant en groupe monodisciplinaire et près de 0,7 semaine de plus pour les médecins en groupe pluriprofessionnel. Ces écarts peuvent être liés au fait que l'exercice collectif facilite la gestion des absences ponctuelles et des congés annuels, grâce à la prise en charge des patients par des confrères ou des consœurs de la structure pendant les absences et/ou par mutualisation du recours aux remplaçants.

L'effet du sexe du médecin sur le temps de travail déclaré reste le plus important quel que soit le modèle d'exercice considéré. En ligne avec les résultats d'études antérieures (Mikol, Franc, 2019) qui associent notamment ces écarts à la présence d'enfants dans le foyer, les femmes médecins généralistes déclarent travailler en moyenne plus de 5 heures de moins par semaine que leurs confrères, du fait d'un temps dédié aux activités libérales beaucoup plus faible (-4,5 heures). Des analyses descriptives complémentaires ont montré que cet écart subsiste quel que soit le modèle d'exercice considéré.

Enfin, la relation entre le temps de travail et l'âge des médecins est conforme aux résultats d'études antérieures suivant une courbe en

U inversé : le temps de travail augmente jusqu'à environ 58 ans et diminue ensuite jusqu'à la fin de carrière du médecin.

Les médecins généralistes en groupe pluriprofessionnel ont des activités plus diversifiées

Plus que sur le temps de travail total, c'est dans la répartition du temps entre activités libérales et activités secondaires (principalement salariées) que l'exercice pluriprofessionnel se distingue. Il est globalement associé à un moindre volume horaire dédié aux activités libérales avec, en revanche, plus de temps consacré aux activités secondaires. Si, dans la population générale, 22 % des médecins ont une activité secondaire et y consacrent 8,9 heures en moyenne par semaine, l'exercice mixte est plus ou moins fréquent selon les modèles d'exercice : 28 % des médecins en groupe pluriprofessionnel et 36 % de ceux exerçant en MSP ACI, contre 21 % des médecins en groupe monodisciplinaire et 20 % des médecins exerçant seuls (tableau 1). En contrôlant des différentes dimensions influençant l'activité des médecins, ceux exerçant en groupe pluriprofessionnel déclarent consacrer près de 2,8 heures de moins par semaine pour leurs activités libérales et 1,4 heure de plus pour leurs activités secondaires comparativement aux médecins exerçant seuls (tableau 2). Que ces médecins aient choisi un exercice regroupé pour mieux concilier leurs activités libérales et secondaires ou que leur choix d'une activité mixte soit la conséquence de celui-ci, la plus grande flexibilité liée à ce modèle d'exercice semble être associée au fait de s'investir davantage dans des activités secondaires. Concernant les groupes monodisciplinaires, l'exercice mixte n'est pas plus fréquent que pour les médecins exerçant seuls, mais le temps consacré à des activités secondaires est significativement plus important.

Par ailleurs, les médecins exerçant en groupe pluriprofessionnel sont, pour plus du quart d'entre eux, impliqués dans des projets territoriaux (27 %), tels que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les équipes de soins primaires (ESP), alors que c'est le cas de moins de 10 % de leurs confrères ou consœurs. Ces tendances sont encore plus marquées en MSP ACI où deux médecins sur trois sont engagés dans une CPTS ou une ESP (67 %). Cette implication dans le développement des coopérations

Tableau 3 Impact du modèle d'exercice sur la perception d'avoir un bon ou un très bon équilibre vie professionnelle-vie personnelle

	Effet du modèle d'exercice sur la bonne perception de l'équilibre vie pro-vie perso non ajusté sur le temps de travail hebdomadaire et les congés annuels	Effet du modèle d'exercice sur la bonne perception de l'équilibre vie pro-vie perso ajusté sur le temps de travail hebdomadaire et les congés annuels
Modèle d'exercice (ref : exerçant seul)		
En groupe monodisciplinaire	1,42* (1,07 ; 1,89)	1,15 (0,85 ; 1,55)
En groupe pluriprofessionnel sans ACI	1,31 (0,95 ; 1,8)	1,21 (0,86 ; 1,69)
En MSP ACI	1,83** (1,26 ; 2,65)	1,55* (1,04 ; 2,29)

odd ratio ajusté, [IC 95 %]

MSP : maison de santé pluriprofessionnelle ; ACI : accord conventionnel interprofessionnel ; IC : intervalle de confiance.

Note > Les analyses sont ajustées sur l'âge centré et l'âge centré au carré, le sexe du médecin, la présence d'enfants à charge, l'engagement ou non dans une communauté professionnelle territoriale de santé ou une équipe de soins primaires et les caractéristiques sociosanitaires du lieu d'exercice. Les médecins n'ayant pas répondu sont de facto exclus.

Les symboles *, ** et *** signalent les coefficients significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %.

Lecture > Les médecins exerçant en MSP ACI ont 55 % de chances en plus d'être satisfaits ou très satisfaits de leur équilibre vie professionnelle-vie personnelle comparativement aux médecins exerçant seuls à caractéristiques sociodémographiques et territoriales égales, ainsi qu'à temps de travail et congés annuels égaux.

Champ > Médecins généralistes libéraux installés au 1^{er} janvier 2018 sans modèle d'exercice particulier exclusif, France métropolitaine, hors valeurs déclarées exceptionnelles.

Source > DREES, ORS et URPS de Provence-Alpes-Côte d'Azur et des Pays de la Loire, quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de ville, octobre 2018-mars 2019.

> Études et Résultats n° 1229 © DREES

territoriales de soins ne semble pas être sans conséquence, puisque cet engagement est associé à un temps de travail hebdomadaire augmenté de plus de 2 heures par semaine (*tableau 2*).

Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle pour les médecins exerçant en MSP conventionnée

Globalement, les médecins en groupe se déclarent plus satisfaits de l'équilibre entre leurs vies professionnelle et personnelle (*tableau 3*), une plus grande satisfaction qui serait essentiellement

expliquée par leurs différents temps de travail hebdomadaires et temps de congés. En effet, en contrôlant des différences de temps de travail, les résultats changent significativement et seul l'exercice en MSP ACI continue à être associé à une meilleure perception des conditions de travail. Sans pouvoir établir de relation causale, les spécificités de l'exercice en MSP ACI – cahier des charges spécifique, dossiers partagés, temps de coordination dédiés, rémunération additionnelle de la structure, etc. – semblent satisfaisantes pour les médecins généralistes et ce, au-delà des conséquences qu'elles peuvent avoir sur les temps de travail. ●

Mots clés : Médecin généraliste Temps de travail Conditions de travail Conciliation vie familiale et vie professionnelle Organisation des soins

Données associées à l'étude : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes>

Pour en savoir plus

- > Le questionnaire de l'enquête est disponible sur le site internet de la DREES.
- > **Bellamy, V.** (2014, juin). Les revenus des médecins libéraux : une analyse à partir des déclarations de revenus 2008. DREES, *Document de travail*, série Sources et méthodes, 45.
- > **Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., Verger, P., et al.,** (2019, mai). Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. DREES, *Études et Résultats*, 1114.
- > **Chevillard, G., Mousquès, J.** (2021, octobre). Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? *Social Science & Medicine*.
- > **Mikol, F., Franc, C.** (2019, juillet). Gender differences in the incomes of self-employed French physicians: The role of family structure. *Health Policy*. vol. 123, 7, pp. 666-674.
- > **Observatoire national de la démographie des professions de santé** (2008). *Le rapport 2006-2007*. Paris, France : La Documentation française.

La DREES sur internet

- > Nos publications drees.solidarites-sante.gouv.fr
- > Nos données data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
- > Recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication Fabrice Lenglard • Responsable d'édition Valérie Bauer-Eubriet • Rédactrice en chef technique Céline Roux • Chargée d'édition Élisabeth Castaing • Composition et mise en pages Stéphane Jeandet • Conception graphique Sabine Boulanger et Stéphane Jeandet • Pour toute information drees-infos@sante.gouv.fr • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer des droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@sante.gouv.fr