

Étude de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes

**Enquête auprès des praticiens de 2
spécialités : gynécologie-obstétrique
et anesthésie-réanimation**

Rapport pour l'UPML Rhône-Alpes

Avril 2002

Responsables de l'étude :

Anne DUBURCQ
Sandrine COULOMB
Stéphanie PRADET

SOMMAIRE

1	CONTEXTE ET OBJECTIFS	1
1.1	Contexte général	1
1.2	Objectifs de l'étude.....	3
2	METHODOLOGIE	3
2.1	Démarche générale.....	3
2.2	Enquête auprès des praticiens.....	4
2.3	Présentation de la méthodologie de modélisation	5
2.4	Analyse statistique/modélisation.....	7
3	RESULTATS DE L'ETUDE AUPRES DES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS.....	8
3.1	Résultats de l'enquête auprès des médecins.....	8
3.2	Modélisation et simulations	25
4	RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS	28
4.1	Résultats de l'enquête auprès des médecins.....	28
4.2	Modélisation et simulations	40
5	SYNTHESE ET CONCLUSION.....	43

Annexes

- 1- Questionnaire de l'enquête auprès des gynécologues-obstétriciens
- 2- Questionnaire de l'enquête auprès des anesthésistes-réanimateurs
- 3- Résultats statistiques de l'enquête auprès des gynécologues-obstétriciens
- 4- Résultats statistiques concernant les gynécologues-obstétriciens exerçant l'obstétrique et/ou la chirurgie
- 5- Résultats statistiques de l'enquête auprès des anesthésistes-réanimateurs

1 Contexte et objectifs

1.1 Contexte général

La démographie médicale suscite dans la plupart des pays occidentaux une attention croissante. Ce sujet relève, en effet, des débats et polémiques autour de l'ajustement entre l'offre de soins et les besoins de la population dans un contexte de nécessaire régulation des dépenses de santé.

Sur le plan économique, la démonstration d'un phénomène d'induction de la demande par l'offre a été apportée, il y a plus de trente ans. Paradoxalement, cependant, on a pu montrer ultérieurement qu'il ne suffisait pas de diminuer le nombre de praticiens pour modifier des comportements de consommations fortement ancrés. Par ailleurs, on a pu identifier de multiples facteurs qui concouraient à une augmentation des besoins (vieillesse de la population, développement des techniques médicales, apparition de nouveaux métiers, etc.).

Les années 1970 ont été caractérisées par une explosion de la démographie médicale. Sous la pression du corps médical lui-même qui craignait de voir ses revenus diminuer et dans une volonté de maîtrise de l'évolution rapide des dépenses de santé à travers une limitation de l'offre, les politiques gouvernementales se sont alors orientées vers un contrôle restrictif du nombre de médecins. Ainsi, une double régulation a été mise en place, à travers l'établissement d'un *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine et d'une limitation de l'accès aux spécialités médicales (concours de l'internat). Par ailleurs, différentes mesures ont incité les médecins à prendre une retraite anticipée ou à se reconverter.

Ces décisions avaient pour objectif de diminuer les effectifs de médecins à partir des années 2005-2010. Les estimations avaient été effectuées à partir de modélisations simples faisant varier différents paramètres démographiques de base (évolution de la population, *numerus clausus*, nombre de poste au concours de l'internat de spécialité, nombre départs de retraites anticipées). Dans ces modèles, l'estimation des besoins se limitait à la prise en compte d'un ratio entre la densité médicale (exprimée en nombre de médecins par habitant) et la consommation médicale.

Ce type d'indicateur s'avère cependant peu satisfaisant car il ne rend pas compte des besoins réels de la population à laquelle il s'adresse. C'est le cas, par exemple, pour l'offre de soins en gynécologie obstétrique, en urologie ou en pédiatrie qui ne concerne qu'une partie de la population. C'est également vrai pour les régions dont la population serait particulièrement âgée et dont les besoins en gériatrie seraient plus importants, par exemple. Enfin, la mesure des besoins

devrait tenir compte de l'évolution des techniques de soins et des progrès de la médecine.

Mais la modélisation du lien entre besoin et offre de soins est un exercice complexe qui suppose de disposer d'informations descriptives détaillées sur l'existant, d'une vision prospective des techniques médicales et de l'épidémiologie des affections, d'une connaissance des attentes du corps médical, etc. La littérature internationale fournit à ce propos quelques pistes mais qui restent modestes en regard des enjeux.

Par ailleurs, une telle démarche d'évaluation des besoins suppose que l'on prenne en compte l'évolution des métiers de la santé, qui peut se traduire soit par des modifications du partage des rôles entre les professions médicales et les professions para-médicales, soit par l'émergence de nouvelles fonctions voire de nouvelles professions.

Ainsi, si la diminution de l'effectif des médecins va être aggravée par le vieillissement de la population, il existe de nombreux facteurs d'ajustement : transfert d'activités entre médecins, transfert de certaines activités vers professions paramédicales pour certaines spécialités médicales, modifications de l'organisation des soins...

Ces différents points ont notamment été présentés et discutés lors du séminaire sur la démographie médicale intitulé « Peut-on évaluer les besoins en médecin » organisé par le Conseil Scientifique de la CNAMTS en octobre 2000. Ils sont repris dans le rapport sur la démographie médicale de la Direction Générale de la Santé de juin 2001.

Dans le cadre de ses travaux sur la démographie médicale, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes avait sollicité Eval en 1999-2000 afin de travailler sur une approche prospective et de mettre en place une méthodologie d'évaluation de l'offre de spécialistes nécessaire. Trois spécialités avaient été sélectionnées pour cette première approche : la pédiatrie, la gastro-entérologie et l'orthopédie.

L'UPML de la région Rhône-Alpes a souhaité reconduire ce type de travail sur deux autres spécialités dont la démographie médicale est aujourd'hui préoccupante : la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation.

1.2 Objectifs de l'étude

Pour chaque spécialité, les principaux objectifs de l'étude sont donc :

- de décrire l'activité des médecins, le temps passé par activité et le temps passé par acte pour les médecins dans chaque lieu d'exercice ;
- de décrire l'offre de spécialistes à partir de l'analyse détaillée de leur activité et des principaux paramètres explicatifs de cette activité (type d'actes, durée des actes, institution d'exercice, type d'activités, âge et sexe de la population concernée...), de façon à pouvoir estimer la variation de l'offre qui serait engendrée par l'évolution de ces différents paramètres.

2 Méthodologie

2.1 Démarche générale

Pour le travail précédent et à la suite d'une expertise de la littérature internationale sur le sujet, réalisée par EVAL à la demande de l'UPML en 1998¹, un modèle « général », établi aux Etats-Unis pour 18 spécialités, avait été retenu et adapté à la situation française. Cette méthodologie présente certaines limites (en particulier, le modèle est basé sur la consommation médicale actuelle et non sur le besoin en santé de la population) ; mais elle est intéressante car elle permet d'estimer l'offre de soins correspondant à une consommation donnée, et de simuler des modifications de certains paramètres dont elle dépend. Cette méthodologie nécessite de prendre en compte les spécificités de chaque spécialité.

Dans le cadre de cette méthodologie, deux approches complémentaires doivent être utilisées² :

- la collecte et l'agrégation d'informations existantes dans différents systèmes de santé et dans différentes institutions ;
- la réalisation d'une enquête ad-hoc auprès des professionnels des spécialités étudiées, pour évaluer certains paramètres qui ne figuraient dans aucun système d'information existant (en particulier la composition du temps de travail des praticiens en fonction de leurs lieux d'exercice).

1 Expertise de la littérature internationale sur les besoins en démographie médicale, EVAL, janvier 1999.

2 Une approche de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes : modélisation de l'activité de 3 spécialités : gastro-entérologie, orthopédie et pédiatrie, EVAL, mars 2000. Rapport UPML Rhône-Alpes.

Pour la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation, il s'agit d'utiliser la méthodologie mise en place dans le travail précédent. Il faut donc tirer parti de cette expérience, qui avait mis en lumière certaines difficultés, en particulier dans l'exploitation des données issues de systèmes d'information existant (non exhaustivité des données en particulier...). Il convient en particulier de rappeler que :

- ce travail avait nécessité de solliciter de nombreuses institutions régionales, mais qu'au final très peu de données issues des systèmes de santé avaient pu être utilisées ;
- en conséquence, la modélisation était presque uniquement basée sur les données de l'enquête ad-hoc menée auprès des praticiens de la région ;
- certaines données issues des systèmes de santé existants avaient néanmoins fourni des clés de répartition sur les sous-populations étudiées.

L'étude de la gynécologie-obstétrique et de l'anesthésie-réanimation, présentée dans ce rapport, comporte donc deux grands volets complémentaires :

**** La réalisation d'une enquête auprès des gynécologues-obstétriciens et des anesthésistes-réanimateurs***

Cette enquête doit permettre d'évaluer certains paramètres du modèle qui ne figuraient dans aucun système d'information. Elle permet de décrire l'activité des médecins, en fonction notamment de leur lieu d'exercice. Elle a également été l'occasion d'interroger les praticiens de façon plus qualitative sur les problèmes qui se posent actuellement autour de leur profession : problèmes juridiques, responsabilité, âge auquel ils souhaitent prendre leur retraite, existence du repos compensateur, seuils d'assurance (pour les gynécologues-obstétriciens)...

**** L'utilisation et l'adaptation de la méthodologie de modélisation aux deux spécialités étudiées, puis la réalisation de simulations***

La méthodologie a été adaptée pour prendre en compte les fortes spécificités des deux spécialités étudiées. Des simulations ont ensuite été réalisées à partir d'hypothèses pertinentes sur les facteurs d'évolution possibles.

Pour chaque spécialité, un comité de suivi a été créé au sein de l'UPML afin de valider les différentes étapes de l'étude

2.2 Enquête auprès des praticiens

L'enquête auprès des praticiens a été réalisée par auto-questionnaire, auprès de tous les praticiens de la région Rhône-Alpes pour les deux spécialités étudiées.

Afin de constituer un fichier le plus exhaustif possible pour la région, la base des praticiens a été constituée à partir du fichier de la DRASS Rhône-Alpes, en la recoupant avec le fichier de l'UPML.

La base du questionnaire était identique pour les deux spécialités (concernant tous les paramètres qui décrivent l'activité notamment), mais des questions spécifiques ont été ajoutées dans chacun des questionnaires afin de prendre en compte les caractéristiques et le contexte actuel des deux spécialités.

Les questionnaires ont été testés par des médecins de l'UPML : leurs commentaires et suggestions ont été pris en compte pour la finalisation des documents. Les questionnaires sont présentés en annexe 1 pour la gynécologie-obstétrique et en annexe 2 pour l'anesthésie-réanimation.

Une enveloppe T était jointe pour faciliter le retour des questionnaires à CEMKA-EVAL.

2.3 Présentation de la méthodologie de modélisation

2.3.1 Présentation de la méthodologie

Le modèle a pour but de décrire l'offre de soins qui correspond à la consommation d'une population donnée et de modéliser cette offre en fonction des paramètres les plus pertinents qui la caractérisent (âge des femmes, paramètres décrivant l'activité des médecins). Cette modélisation doit permettre de simuler des évolutions de l'offre de soins en fonction de l'évolution de chacun de ces paramètres (par exemple : vieillissement de la population, diminution ou augmentation de la fréquence d'un acte donné, transfert de certaines activités à d'autres professionnels de santé, basculement de certaines activités d'un type de structure à un autre, augmentation du temps de gestion...). Nous avons donc besoin de :

- **Connaître la consommation de la population**, c'est-à-dire :
 - Le détail et le nombre de consultations et des différents actes réalisés (donc « consommés ») dans les différents lieux d'exercice ;
 - La population à laquelle correspond cette consommation, en terme d'âge et de sexe (paramètres les plus déterminants de sa consommation). Cela signifie qu'on a besoin de pouvoir décrire les consommations de soins (consultations et différents types d'actes) en fonction de sous-catégories de la populations définies en fonction de l'âge.

- **Pouvoir recomposer le temps de travail des médecins (temps de travail global et détail des activités),** c'est-à-dire connaître :
 - Le temps passé en moyenne par les médecins pour une consultation et pour chaque type d'acte, en fonction de leur lieu d'exercice ;
 - Les autres activités des médecins et le temps qu'ils y consacrent (surveillance clinique, salle de travail, gestion, formation, enseignement...).

A partir de la consommation de soins et de l'activité des médecins, on peut ainsi calculer le temps de travail nécessaire pour réaliser l'activité médicale correspondant à la consommation de soins étudiée. Il faut en plus prendre en compte les autres activités liées de façon directe ou indirecte au volume de consultations et d'actes étudié : en particulier, le temps passé à la surveillance clinique, en salle de travail, en salle de réveil, en service de soins intensifs, en service de réanimation et à la gestion/administration.

L'offre de soins (nombre de spécialistes) nécessaire pour couvrir cette consommation de soins s'obtient ensuite en divisant le temps de travail total nécessaire pour réaliser cette activité par le temps de travail d'un médecin.

2.3.2 Schéma de la modélisation

La démarche générale a été la suivante, pour une spécialité donnée :

- On part des volumes de consultations et des différents actes « consommés » sur une année dans la région, en distinguant les 2 grands types de structures (activité salariée et paiement à l'acte) ;
- En multipliant respectivement ces volumes par la durée moyenne d'une consultation et de chaque type d'acte (avec des durées éventuellement différentes pour un même acte d'un type de structure à l'autre), on obtient un temps total nécessaire pour assurer ces volumes de consultations et d'actes ;
- Pour obtenir le temps total nécessaire pour assurer cette activité, il faut ensuite ajouter deux types de paramètres :
 - des paramètres « directement » liés à cette activité purement médicale : temps passé en salle de travail, salle de réanimation, service de soins intensifs, temps de surveillance clinique, de gestion/administration et de gardes ;
 - des paramètres plus indirects, qui font également partie de l'activité des praticiens : du temps de formation, d'enseignement, de recherche, de

promotion de la discipline et temps passé à diverses activités transversales.

- En divisant ce temps total nécessaire pour assurer l'activité considérée par un "équivalent temps-plein" d'un praticien à l'heure actuelle, on obtient le nombre de praticiens nécessaire en «équivalent temps-plein » pour réaliser l'activité.

Remarque : les astreintes n'ont pas été intégrées directement au modèle mais ont été prises en compte pour réaliser les simulations. En effet, le temps d'astreinte déclaré est difficile à intégrer tel quel dans le temps de travail, car il ne donne lieu que partiellement à la réalisation d'actes (que faire d'une astreinte de 24 heures sur 24 ?). Nous avons donc choisi de calculer un temps de travail hors astreinte pour déterminer des effectifs médicaux nécessaires, puis seulement ensuite de simuler l'impact de la prise en compte des astreintes dans le temps travaillé.

2.4 Analyse statistique/modélisation

Les données des questionnaires ont fait l'objet d'une saisie-vérification. Un contrôle de cohérence des données a ensuite été réalisé informatiquement.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel SAS®. Pour chaque spécialité, toutes les données ont d'abord été décrites de façon globale, puis :

- par lieu d'exercice ;
- par grands types de structures : en opposant les activités salariées aux structures avec paiement à l'acte ;
- par « statut » des professionnels, en distinguant les 3 groupes de praticiens suivants : salariés exclusifs, libéraux exclusifs et professionnels ayant une activité « mixte » (à la fois salariée et libérale) ;
- pour les gynécologues-obstétriciens, certaines analyses ont été réalisées sur le sous-groupe des médecins qui font de l'obstétrique et/ou de la chirurgie (c'est à dire en excluant les gynécologues médicaux).

Les modélisations et les simulations ont été réalisées sous EXCEL.

Ce rapport présente des tableaux synthétiques de résultats. Les résultats statistiques complets figurent en annexes (annexe 3 pour les gynécologues-obstétriciens, annexe 4 pour les gynécologues-obstétriciens hors gynécologues médicaux exclusifs, et annexe 5 pour les anesthésistes-réanimateurs).

3 Résultats de l'étude auprès des gynécologues-obstétriciens

3.1 Résultats de l'enquête auprès des médecins

3.1.1 Déroulement de l'étude et taux de réponse

L'étude s'est déroulée de septembre à décembre 2001. Le mailing initial a été envoyé début septembre et une relance a été effectuée fin octobre. Au 1^{er} janvier 2002 (date limite fixée pour les retours de questionnaires), nous avons reçu 159 questionnaires sur les 709 envois (726 envois dont 17 retours pour mauvaise adresse), soit un taux de réponse de 22,5%.

Le contrôle de cohérences des données a mis en évidence des incohérences dans les déclarations des praticiens, notamment entre :

- le temps de travail global déclaré par semaine et la répartition de ce temps entre les différents lieux d'exercice ;
- le temps de travail déclaré par semaine dans un lieu d'exercice et la décomposition de ce temps de travail sur différentes activités.

De nombreux retours aux questionnaires ont été nécessaires. Les données ont été corrigées par programme informatique lorsque la relecture et l'analyse du questionnaire le permettaient. Les données aberrantes ont été exclues de l'analyse.

3.1.2 Principales caractéristiques des spécialistes répondants

Tableau 1 - Principales caractéristiques des spécialistes ayant répondu à l'enquête

	Gynécologues-obstétriciens N = 159	
	n	%
Age		
Moyenne $\pm$ écart-type	48 ans $\pm$ 7	
≤ 30 ans	2	1,3
31-40 ans	16	10,1
41-50 ans	81	50,9
51-60 ans	51	32,1
> 60 ans	9	5,7
Sexe		
Homme	73	46,2%
Femme	85	53,8%
Ancienneté de la thèse		
≤ 10 ans	21	13,2
10 à 20 ans	68	42,8
20 à 30 ans	62	39,0
> 30 ans	8	5,0
Ancienneté de la qualification spécialiste		
≤ 10 ans	28	17,6%
10 à 20 ans	82	51,6%
20 à 30 ans	42	26,4%
> 30 ans	7	4,4%
% diplômés en Rhône-Alpes	134	84,8%

L'âge moyen des gynécologues-obstétriciens ayant répondu à l'enquête est de 48 ans. La répartition par âge des praticiens apparaît déséquilibrée puisque 38% ont plus de 50 ans alors que seulement 11 % ont moins de 40 ans. Les anciennetés de la thèse et de la qualification spécialiste sont cohérentes avec la répartition par âge. La profession apparaît féminisée avec 54% de femmes. 85% des praticiens exerçant en région Rhône-Alpes ont eu leur diplôme dans la région.

3.1.3 Activité

La gynécologie-obstétrique couvre deux champs d'activité qui présentent de très fortes spécificités : la gynécologie médicale et les activités d'obstétrique et de chirurgie.

Le champ d'activité des gynécologues-obstétriciens se caractérise aussi par son étendue et la diversité de ses sous-spécialités, comme le montrent les activités décrites par les praticiens ayant répondu à l'enquête :

- 93% font de la gynécologie médicale, dont un tiers (33%) s'y consacre exclusivement ;
- 60% pratiquent l'obstétrique ;
- 35% font de la chirurgie gynécologique ;
- 13% font des actes de PMA ;
- 39% réalisent des échographies obstétricales.

Ces taux peuvent être comparés à ceux observés dans l'enquête menée en 1998 par le Syngof au niveau national³. Ils apparaissent relativement proches en termes de pratique de la gynécologie médicale, de l'obstétrique et d'échographies. En revanche, les praticiens ayant répondu à notre étude sont moins nombreux à pratiquer de la chirurgie (35% contre 53%), mais plus nombreux à avoir des activités de PMA (13% contre 6%).

Le recoupement des différentes activités permet de dresser une typologie exclusive en fonction du principal type d'exercice :

- 31% des médecins font de la gynécologie médicale (sans obstétrique et sans chirurgie) ;
- 32% font à la fois de la gynécologie médicale et de l'obstétrique (mais pas de chirurgie) ;
- 7% font de la chirurgie (4,5% sans gynécologie médicale et 2,5% avec de la gynécologie médicale), mais pas d'obstétrique ;
- 28% font de la gynécologie médicale, de l'obstétrique et de la chirurgie ;
- 2% réalisent uniquement des échographies.

³ Livre blanc de la gynécologie-obstétrique en France-Les Cahiers du SYNGOF. Octobre 1998.

Ainsi, les gynécologues-obstétriciens qui ont répondu à l'enquête se répartissent en trois groupes d'effectifs comparables :

- les gynécologues médicaux (qui ne font ni obstétrique ni chirurgie, 31%) ;
- les médecins qui font de l'obstétrique (32%) ;
- et ceux qui font de la chirurgie (35%), avec ou sans obstétrique.

Le tableau suivant montre la répartition des autres activités pratiquées par ces praticiens en fonction de leur(s) activité(s) principale(s). L'effectif de certains sous-groupes étant faible, seuls les effectifs sont présentés dans le tableau.

Tableau 2 – Echographie et activité de PMA en fonction du type d'exercice

	Gynécologie médicale seule n = 49	Gynécologie médicale + obstétrique n = 51	Chirurgie sans obstétrique n = 11	Gynécologie médicale + obstétrique + chirurgie n = 44
Réalisation d'échographies	N = 10	N = 19	N = 0	N = 17
Activité en PMA	N = 1	N = 1	N = 3	N = 3
Réalisation d'échographies et activité en PMA	N = 0	N = 8	N = 1	N = 3

3.1.4 Lieux d'exercice

Tableau 3 – Lieux d'activité des spécialistes

	Gynécologues-obstétriciens N = 159	
	n	%
Type de professionnel		
Salarié exclusif	25	15,7%
Libéral exclusif	62	39,0%
Mixte (salarié et libéral)	72	45,3%
Lieux d'exercice (plusieurs lieux possibles)		
Cabinet libéral	110	69,2%
Hôpital	68	42,8%
Clinique	42	26,4%
PSPH	32	20,1%
Activité privée à l'hôpital	22	13,8%
Centre de santé (planning familial, MGEN)	15	9,4%
Autres structures (PMI, cabinet de radiologie)	3	1,9%
Nombre de lieux d'exercice*		
1	75	47,2%
2	60	37,7%
3	17	10,7%
4	7	4,4%
Moyenne $\pm$ écart-type	1,7 $\pm$ 0,8	

* Pour les spécialistes exerçant à l'hôpital public et déclarant une activité privée au sein de l'hôpital, un seul lieu d'exercice a été comptabilisé.

Quasiment la moitié des gynécologues-obstétriciens (45%) ont à la fois une activité salariée et une activité libérale, 40% n'ont qu'une (ou plusieurs) activité(s) libérale(s) et 15% travaillent seulement dans des structures où ils sont salariés. Le groupe des praticiens ayant une activité « mixte » correspond aux médecins hospitaliers ayant une activité privée à l'hôpital et aux médecins libéraux ayant une activité à l'hôpital.

Plus de la moitié (53%) des gynécologues-obstétriciens déclare au moins deux lieux d'exercice. 15% travaillent dans au moins trois structures différentes.

Ces institutions sont diversifiées : les principaux lieux d'exercice sont le cabinet libéral (69%) et l'hôpital (43%), mais 26% travaillent dans une clinique, 20% dans un établissement PSPH, 14% ont une activité privée à l'hôpital et 9% ont une

activité annexe en centre de santé (sur-représentation de ce groupe dans notre étude ?).

Le tableau suivant récapitule les principales caractéristiques des lieux d'exercice des gynécologues-obstétriciens ayant répondu à l'enquête.

Tableau 4 – Principales caractéristiques des différents lieux d'exercice

	Cabinet N = 110	Hôpital N = 68	Clinique N = 42	PSPH N = 32	Activité privée à l'hôpital N = 22
Caractéristiques de l'exercice	38% en groupe	/	89% à but lucratif	/	/
Niveau de la maternité					
Niveau 1	/	17%	55%	27%	5%
Niveau 2		42%	42%	38%	55%
Niveau 3		41%	3%	35%	40%
Nombre de naissances par an dans l'établissement	/				
Moins de 500		2%	3%	4%	-
500 à 1500		42%	66%	46%	50%
plus de 1500		56%	31%	50%	50%
Statut d'exercice	50% en secteur 1	5% PU-PH 39% PH 4% CCA 2% praticien adjoint contractuel 50% attaché	34,2% en secteur 1	83,9% de salariés	/
Ancienneté de l'activité dans la structure	16 ans $\pm$ 7	16 ans $\pm$ 9	15 ans $\pm$ 8	19 ans $\pm$ 8	19 ans $\pm$ 9

Plus de la moitié des établissements avec activité salariée (hôpitaux et PSPH) assurent plus de 1500 naissances par an, alors que ce chiffre se situe plutôt entre 500 et 1500 pour les cliniques. L'ancienneté moyenne des praticiens apparaît importante au sein de toutes les structures, allant de 15 à 20 ans. Ce résultat est à mettre en relation avec l'âge moyen des praticiens (48 ans).

3.1.5. Temps de travail, congrès et vacances

Il était demandé aux praticiens les caractéristiques globales de leur temps de travail. Celles-ci sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 5 – Temps de travail des gynécologues-obstétriciens

Moyenne $\pm$ écart-type (min-max)	Gynécologues-obstétriciens N = 159
Travail : nombre d'heures par jour	9,5 $\pm$ 2 (4-14)
Travail : nombre de jours par semaine	5 $\pm$ 1 (2,5-7)
Travail : nombre de semaines par an	46 $\pm$ 2 (35-51)
Non travail avec remplaçant : nombre de jours par an	3 $\pm$ 11 (0-80)
Congrès : nombre de jours par an	9,5 $\pm$ 5,5 (0-32)
Vacances : nombre de jours par an	34 $\pm$ 11 (8-64)

Remarque : un praticien déclarant 1 heure 30 de travail par semaine a été exclu de l'analyse.

Les gynécologues-obstétriciens travaillent en moyenne 5 jours par semaine et 46 semaines par an. Leur temps de travail hebdomadaire moyen, hors gardes et astreintes, est de 49 heures par semaine, avec une dispersion importante : écart-type de 13 heures et temps de travail allant de 10 à 84 heures. Le nombre de jours de vacances est en moyenne de 34 par an.

Cette étude permet d'estimer le temps de travail des praticiens de deux façons différentes :

- à partir de cette évaluation globale du temps de travail sur une semaine-type (nombre d'heures par jour et nombre de jours par semaine) ;
- à partir d'une évaluation plus détaillée du temps de travail hebdomadaire : il s'agit de la répartition du temps de travail sur une semaine donnée, dans les différents lieux d'exercice et sur les différentes activités dans chacun de ces lieux. Le problème est que ces éléments ne sont pas toujours renseignés par les praticiens et qu'ils présentent parfois des incohérences.

Tableau 6 – Estimation du temps de travail hebdomadaire des gynécologues-obstétriciens en fonction des paramètres recueillis

Moyenne $\pm$ écart-type (min-max)	Gynécologues-obstétriciens N = 159
Evaluation globale sur une semaine-type*	49 $\pm$ 13 (10-84)
Evaluation détaillée**	48 $\pm$ 13 (4-77)

* Nombre d'heures par jour et nombre de jours par semaine.

** Somme des temps de travail dans les différents lieux d'exercice.

Les estimations issues de ces deux types d'informations peuvent présenter des fluctuations importantes pour un certain nombre de praticiens ; mais les estimations moyennes sur l'ensemble des praticiens sont très proches.

S'ajoutent à ce temps de travail des activités non directement rattachables à l'activité médicale et aux différents lieux d'exercice : enseignement, recherche, formation et lecture de journaux médicaux, promotion de la discipline. Les gynécologues-obstétriciens déclarent en moyenne 5,5 heures par semaine pour ces différentes activités. Ce sont surtout la lecture bibliographique et la formation continue qui les occupent, les autres activités étant soit plus ponctuelles (réunion de CME, CLIN...), soit limitées à un nombre réduit de praticiens (enseignement...). En particulier, plus des deux tiers (38%) des gynécologues-obstétriciens participent à des activités d'enseignement, avec une moyenne de 3 heures par semaine. Assimilés ou non à du temps de travail en fonction des praticiens, ces postes peuvent expliquer les fluctuations observées entre les différentes estimations du temps de travail.

Tableau 7 – Estimation du temps passé à des activités d'enseignement, recherche, formation

Moyenne $\pm$ écart-type	Gynécologues-obstétriciens N = 159
Temps d'enseignement° (h/sem)	1 $\pm$ 2,5
Temps de recherche° (h/sem)	0,4 $\pm$ 1
Temps de FMC, lecture de journaux médicaux° (h/sem)	3 $\pm$ 3
Temps de défense et promotion de la spécialité° (h/sem)	0,3 $\pm$ 0,5
Temps d'activités transversales (CME, CLIN, CLUD...) (h/sem)	0,7 $\pm$ 1,5
TOTAL des activités précédentes (h/sem)	5,5 $\pm$ 5 (min = 0, max = 28)

h/sem : heures par semaine.

3.1.5 Activité des spécialistes selon le type de structure et selon le statut du professionnel

3.1.5.1 Analyses sur l'ensemble des médecins

Tableau 8 – Description de l'activité des gynécologues-obstétriciens pour les 3 principaux lieux d'exercice et par type de structure

	Cabinet N = 110	Hôpital N = 68	Clinique N = 42	Activités salarisées* N = 96	Païement à l'acte** N = 130	Total N = 159
Temps d'activité hors astreintes/gardes° (h/sem)	37 ± 11	23 ± 21	21 ± 19	25 ± 20	38 ± 16	47 ± 14
% consultations	85%	60%	22%	61%	77%	70%
% salle de travail	/	8%	15%	9%	2%	5%
% surveillance clinique	/	7%	13%	6%	2%	4%
% actes en KC	9%	12%	42%	12%	11%	12%
% autre activité médicale (PMA, DAN, actes en KE)	/	4%	/	3%	/	1%
% gestion/administration/PMSI	5%	6%	4%	7%	5%	6%
% autre activité non médicale (réunions diverses...)	1%	3%	4%	2%	2%	2%
% activité médicale	94%	91%	92%	91%	93%	92%
Durée moyenne d'une consultation (minutes) (± écart-type, min-max)	21 ± 4 (12-30)	19 ± 5 (10-30)	20 ± 6 (10-35)			
% de médecins réalisant des gardes sur place	2%	34%	14%	30%	8%	23%
Temps de gardes sur place° (h/sem)						
- sur l'ensemble des médecins	0,3 ± 3	4 ± 7	1 ± 4	4 ± 9	1 ± 4	3 ± 9
- sur les médecins qui en font	2 ± 2	12 ± 7	13 ± 4	14 ± 11	14 ± 9	15 ± 15
% de médecins réalisant des astreintes	13%	25%	60%	24%	27%	34%
Temps d'astreintes° (h/sem)						
- sur l'ensemble des médecins	3,5 ± 11	5 ± 10	24 ± 38	5,5 ± 12	11 ± 30	12,5 ± 29
0	87,3%	75,0%	40,5%	76,3%	73,9%	66,0%
≤ 20 h/mois	0,9%	1,5%	2,4%	1,0%	0,7%	1,3%
21-40 h/mois	0,9%	2,9%	4,8%	1,0%	0,7%	0,6%
41-100 h/mois	5,5%	13,2%	19,0%	11,3%	11,2%	15,1%
101-200 h/mois	2,7%	7,4%	16,7%	10,3%	6,7%	10,7%
200 h/mois	2,7%	/	16,7%	/	6,7%	6,3%
- sur les médecins qui en font	27 ± 20	20 ± 11	41 ± 42	23 ± 11	42 ± 48	37 ± 41

* Hôpital, PSPH, centre de santé.

** Cabinet libéral, clinique, activité privée au sein de l'hôpital.

° Moyenne ± écart-type.

h/sem : heures par semaine.

Remarque : certains pourcentages doivent être interprétés avec prudence du fait de faibles échantillons dans certaines catégories étudiées.

Au total, toutes structures confondues, un gynécologue-obstétricien travaille en moyenne 47 heures par semaine, hors gardes, astreintes, et activités « transversales » du type enseignement/recherche et formation. Globalement, on peut estimer que 92% de cette activité correspond à de l'activité « médicale » (c'est-à-dire hors gestion, administration et autres activités non médicales du type « réunions diverses »).

Les temps d'activité par structure sont relativement peu élevés du fait que la majorité des médecins exercent dans plusieurs structures. Ce résultat est particulièrement net pour les hôpitaux et les cliniques avec un temps hebdomadaire moyen de respectivement 23 heures et 21 heures.

Globalement, les consultations représentent la majorité de l'activité des gynécologues-obstétriciens (70%). C'est surtout le cas en cabinet libéral (85%) et à l'hôpital (60%), alors que cette proportion est seulement de 22% en clinique. Inversement, les actes représentent 42% du temps passé en clinique, contre seulement 9% en cabinet libéral et 12% à l'hôpital. La surveillance clinique et l'activité en salle de travail, activités spécifiquement hospitalières, constituent 28% de l'activité des médecins en clinique et 15% à l'hôpital. Enfin, quelle que soit la structure, environ 5% du temps de travail des médecins est consacré à des activités de gestion, d'administration ou de participation au PMSI.

Les durées de consultation varient fortement d'un médecin à l'autre, allant du simple au triple et traduisant la diversité des activités et des problèmes rencontrés (consultation de base et consultation de gynécologie chirurgicale en particulier). En revanche, la durée moyenne d'une consultation dépend peu de la structure : elle est estimée à une vingtaine de minutes partout.

L'activité des gynécologues-obstétriciens se caractérise aussi par un nombre élevé de gardes et d'astreintes : un praticien assure en moyenne 3 heures de gardes par semaine et 12 heures d'astreintes. Mais, pour ces deux paramètres, la moyenne reflète mal la réalité : 66% des médecins ne font aucune astreinte, en revanche les autres médecins assurent un nombre d'heures très élevé (17% déclarent plus de 100 heures par mois et 15% de 40 à 100 heures par mois). De fait, les médecins qui assurent des astreintes déclarent en moyenne 37 heures par semaine pour cette activité. A noter également que les astreintes sont plus fréquentes dans les structures avec paiement à l'acte. On retrouve le même schéma pour les gardes : seul un quart des médecins fait des gardes, mais ceux qui en font déclarent en moyenne 15 heures par semaine.

Les gardes et astreintes sont rarement cumulées : 49% des médecins ne font ni gardes ni astreintes (ce groupe comprend notamment les gynécologues médicaux),

28% font des astreintes mais pas de gardes, 17% assurent des gardes et pas d'astreintes et 6% font les deux types d'activités.

Une autre façon d'analyser la situation est de décrire l'activité totale d'un médecin en fonction de son « statut » défini par les structures dans lesquelles il travaille. Cette analyse a d'autant plus de sens que les médecins travaillent souvent dans plusieurs structures.

Tableau 9 – Description de l'activité en fonction du statut du professionnel

	Salarié strictement N = 25	Libéral strictement N = 62	Mixte N = 72	Total N = 159
Temps d'activité hors astreintes/gardes° (h/sem)	45 ± 15	44,5 ± 13	51,5 ± 12	47 ± 14
% consultations	53%	71%	74%	70%
% salle de travail	12%	3%	4%	5%
% surveillance clinique	7%	2%	3%	4%
% actes en KC	9%	14%	12%	12%
% autre activité médicale	4%	1%	/	1%
% gestion/administration	12%	6%	5%	6%
% autre activité non médicale	3%	3%	2%	2%
% activité médicale	85%	91%	93%	92%
Temps de gardes° (h/sem)	8 ± 9	1 ± 4	3 ± 11	3 ± 9
Temps d'astreintes° (h/sem)	5 ± 10	19 ± 39	10 ± 22	12,5 ± 29
0	80%	58,1%	68,0%	66,0%
≤ 20 h/mois	-	1,6%	1,4%	1,3%
21-40 h/mois	-	1,6%	-	0,6%
41-100 h/mois	8%	17,7%	15,3%	15,1%
101-200 h/mois	12%	9,7%	11,1%	10,7%
> 200 h/mois	-	11,3%	4,2%	6,3%
Temps d'enseignement/recherche/promotion spécialité/CME, CLIN	6 ± 6	5 ± 3	6 ± 5	6 ± 5
Temps de travail total (y compris gardes, astreintes et enseignement/recherche...)° (h/sem)	65 ± 28	70 ± 49	68,5 ± 36	68,5 ± 40

° Moyenne ± écart-type.

h/sem : heures par semaine.

Le temps de travail total des gynécologues-obstétriciens est d'environ 69 heures par semaine, en incluant les gardes, astreintes et activités d'enseignement, recherche et formation.

Les médecins qui travaillent à la fois dans une structure avec activité salariée et dans une structure avec paiement à l'acte (nous les appellerons dans la suite les « mixtes ») déclarent en moyenne plus d'heures de travail, hors gardes et astreintes, par semaine que ceux qui n'appartiennent qu'à un seul type d'institution : 50 heures contre 44 ou 45 heures.

Par ailleurs, la part d'activité médicale est moins élevée pour les médecins exerçant exclusivement une activité salariée (85% contre 92% en moyenne pour les autres).

La répartition de l'activité apparaît donc différente selon le statut du médecin :

- les médecins libéraux exclusifs consacrent plus de temps aux consultations (71% de leur activité) que leurs confrères exclusivement salariés ;
- à l'inverse, les médecins salariés ont des activités de surveillance clinique, de salle de travail et de gestion plus importantes ;
- les médecins exclusivement libéraux assurent en moyenne moins d'heures de gardes mais plus d'heures d'astreintes que les autres praticiens : ces astreintes concernent plus de praticiens et sont plus lourdes (plus de 200 heures par mois pour 11% d'entre eux).

En moyenne, les praticiens ayant une activité mixte ont une activité salariée pour un tiers de leur temps (environ 17 heures par semaine) et libérale pour les deux tiers restants (environ 33 heures). De ce fait, leur profil d'activité apparaît proche de celui des libéraux. En revanche, concernant les gardes et astreintes, ils ont un profil intermédiaire par rapport aux deux autres types de médecins.

3.1.5.2 Analyses en excluant les gynécologues médicaux

Les résultats décrits précédemment concernent l'ensemble de la profession, sans distinguer les gynécologues médicaux et les gynécologues pratiquant l'obstétrique et/ou la chirurgie. Or ces deux grands types de professionnels ont des profils d'activités très différents. Nous avons donc réalisé la même analyse en nous intéressant seulement aux praticiens faisant de l'obstétrique et/ou de la chirurgie (c'est à dire en excluant les gynécologues médicaux), soit un sous-échantillon de 106 médecins. Les résultats observés sur le groupe des salariés doivent être interprétés avec prudence su fait du faible effectif de ce groupe.

Tableau 10 – Description de l'activité en fonction du statut du professionnel pour les médecins exerçant l'obstétrique et/ou la chirurgie

	Salarié strictement N = 19	Libéral strictement N = 39	Mixte N = 48	Total N = 106
Temps d'activité hors astreintes/gardes° (h/sem)	50 ± 13	50 ± 12	53 ± 14	51 ± 13
% consultations	46%	63%	65%	61%
% salle de travail	17%	5%	6%	8%
% surveillance clinique	9%	4%	5%	5%
% actes en KC	12%	18%	16%	16%
% autre activité médicale	3%	3%	1%	2%
% gestion/administration	10%	5%	6%	6%
% autre activité non médicale	3%	2%	1%	2%
% activité médicale	97%	98%	99%	98%
Temps de gardes° (h/sem)	11 ± 6	2 ± 5	5 ± 14	5 ± 11
Temps d'astreintes° (h/sem)	6 ± 11	30 ± 47	16 ± 26	19 ± 34
0	74%	33%	52%	49%
≤ 20 h/mois	-	3%	2%	2%
21-40 h/mois	-	3%	-	1%
41-100 h/mois	10%	28%	23%	23%
101-200 h/mois	16%	15%	17%	16%
> 200 h/mois	-	18%	6%	9%
Temps d'enseignement/recherche/ promotion spécialité/CME,CLIN	6 ± 6	5 ± 3	6 ± 5	6 ± 5
Temps de travail total (y compris gardes, astreintes et enseignement/recherche...)° (h/sem)*	75 ± 23	87,5 ± 54	76 ± 41	80 ± 44

° Moyenne ± écart-type.

h/sem : heures par semaine.

* Le total est parfois différents du détail des activités du fait des arrondis et de calculs sur des sous-échantillons légèrement différents (problème des données manquantes).

Hors gardes et astreintes et activités d'enseignement/recherche/formation, le temps d'activité de ces praticiens est estimé à 51 heures par semaine. Il apparaît relativement stable en fonction du statut du professionnel. La part d'activité médicale est proche de 100% et constituée essentiellement de consultation (61%). En moyenne, ces médecins assurent en moyenne 5 heures de gardes (surtout les salariés) et 19 heures d'astreintes par semaine (surtout les libéraux).

Au total, en incluant gardes, astreintes, enseignement/recherche/formation, le temps de travail d'un gynécologue-obstétricien (hors gynécologues médicaux) est de 80 heures par semaine. On observe des fluctuations importantes selon le statut du professionnel du fait des activités de gardes et d'astreintes.

3.1.6. Actes

La description des actes pratiqués par les médecins (type d'actes, fréquence et durée) est nécessaire pour établir la modélisation du temps de travail de la profession des gynécologues-obstétriciens dans son ensemble. Ces données sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 11 – Actes principaux et durée des actes selon le type

	Activités salariées N = 96			Paiement à l'acte N = 130		
	Nombre moyen par mois	% de médecins aisant l'acte	Durée moyenne* (min-max)	Nombre moyen par mois	% de médecins faisant l'acte	Durée moyenne* (min-max)
Actes en K	13	66,1%	28 (10-120)	16	81,4%	20 (5-60)
Actes obstétricaux en KE	19	57,1%	23 (6-45)	29	58,8%	25 (6-45)
Actes gynécologi- ques en KE	7	41,3%	17 (12-30)	14	59,2%	20 (1-30)
Accouchements	4	33,3%	51 (20-120)	4	26,5%	61 (20-120)
Césariennes	3	54%	38 (15-60)	1	26,5%	45 (15-90)
Extractions instrumentales	2	50,8%	31 (10-90)	1	27,5%	28 (2-60)
IVG	3	31,7%	14 (10-30)	0,5	15,7%	19 (10-30)
Diagnostic anté- natal hors échographie	4	46,0%	19 (5-45)	2	17,6%	25 (15-30)
Actes de PMA (FIV, IAC, IAD)	0,5	14,3%	16 (5-30)	2	28,4%	20 (5-30)
Coelioscopies	2	38,1%	44 (30-60)	1,5	21,6%	20 (5-30)
Hystéroscopies et curetages	3	44,4%	17 (10-30)	2	37,3%	16 (5-40)
Hystérectomie	1	28,6%	65 (45-120)	1,5	19,6%	55 (15-120)
Chirurgie du sein	1	30,2%	60 (30-120)	2	17,6%	63 (30-150)
Prolapsus	1	25,4%	106 (60-140)	1	18,6%	92 (45-180)
Chirurgie cancérologique	1	25,4%	120 (30-180)	1	17,6%	111 (50-180)

* en minutes.

Mais cette description globale a peu de sens en terme de connaissances des pratiques puisqu'elle porte à la fois sur les gynécologues médicaux (peu amenés à réaliser des actes techniques) et sur les médecins pratiquent l'obstétrique et la chirurgie, donc une activité fortement technique. Le tableau suivant décrit donc les actes réalisés par ce second groupe de médecins.

Tableau 12 – Actes principaux et durée des actes selon le type d'institution pour les médecins exerçant l'obstétrique et/ou la chirurgie

	Activités salariées N = 48			Paiement à l'acte N = 67		
	Nombre moyen par mois	% de médecins faisant l'acte	Durée moyenne* (min-max)	Nombre moyen par mois	% de médecins faisant l'acte	Durée moyenne* (min-max)
Actes en K	13	70,5%	30 (10-120)	19	79,1%	20 (5-60)
Actes obstétricaux en KE	19	62,5%	23 (6-45)	30	65,7%	25 (6-45)
Actes gynécologiques en KE	8	47,9%	17 (12-30)	16	65,7%	18 (1-30)
Accouchements	5	43,7%	51 (20-120)	6	60,3%	61 (20-120)
Césariennes	4	70,8%	38 (15-60)	2	40,3%	45 (15-90)
Extractions instrumentales	3	66,7%	31 (10-90)	1	41,8%	28 (2-60)
IVG	3	39,6%	14 (10-30)	1	22,4%	16 (10-30)
Diagnostic anté- natal hors échographie	5	56,2%	18 (5-45)	1	23,9%	24 (15-30)
Actes de PMA (FIV, IAC, IAD)	0,5	16,7%	12 (5-20)	3	32,8%	18 (5-30)
Coelioscopies	2	50%	44 (30-60)	2	50%	50 (30-120)
Hystéroscopies et curetages	6	84,6%	17 (10-30)	5	74,2%	15 (5-30)
Chez les médecins faisant de la chirurgie :						
Hystérectomie	3	69,2%	65 (45-120)	5	61,3%	59 (30-120)
Chirurgie du sein	3	73,1%	60 (30-120)	7	58,1%	63 (30-150)
Prolapsus	2	61,5%	106 (60-140)	3	61,3%	92 (45-180)
Chirurgie cancérologique	2	61,5%	120 (30-180)	4	58,1%	111 (50-180)

Les actes les plus fréquents sont les actes obstétricaux et gynécologiques en KE et les actes en K. Dans les structures publiques, plus de la moitié des gynécologues-obstétriciens (hors gynécologues médicaux) ne réalisent aucun accouchement. Cette proportion est de 40% dans les structures avec paiement à l'acte.

On retrouve la typologie d'activités décrite précédemment, avec certains actes réalisés par une faible proportion des médecins : moins d'un quart des praticiens pour les actes de PMA dans les structures avec activité salariée et IVG,

diagnostics anténataux hors échographie dans les structures avec paiement à l'acte.

Globalement, les durées moyennes passées par acte sont comparables entre les structures où l'activité est salariée et les structures avec paiement à l'acte. Elle diffère pour les actes e K (30 minutes contre 20 minutes en moyenne). Cependant, la durée mentionnée pour les actes présente des écarts importants selon les médecins. Par exemple, la durée moyenne estimée pour une extraction instrumentale varie de 10 à 90 minutes, celle d'une coelioscopie de 30 à 120 minutes.

3.1.6 Opinions des gynécologues-obstétriciens sur leur activité

Tableau 13 – Opinions des gynécologues-obstétriciens

	Salarié strictement N = 25	Libéral strictement N = 62	Mixte N = 72	Total N = 159
Age où souhaite arrêter d'exercer				
MICA*	4,2%	15,8%	15,9%	14,0%
60 ans	41,7%	50,9%	29,0%	39,3%
65 ans	16,7%	15,8%	24,6%	20,0%
Ne sait pas	37,5	17,5%	30,4%	26,7%
Pense faire évoluer leur activité	54,2%	47,4%	55,9%	52,3%
Si oui (plusieurs évolutions possibles) :				
- vers moins de gardes	53,8%	44,4%	55,3%	51,3%
- vers moins d'obstétrique	7,7%	29,6%	31,6%	26,9%
- vers moins de chirurgie	15,4%	7,4%	10,5%	10,3%
- vers une activité moins lourde et moins à risques	15,4%	14,8%	21,0%	17,9%
- vers moins d'échographies	-	7,4%	10,5%	7,7%
Eléments pouvant faire évoluer leur activité (plusieurs réponses possibles) :				
- Coût d'assurance professionnelle et problèmes juridiques	20,0%	46,8%	51,4%	44,7%
- Regroupements d'établissements	24,0%	25,8%	30,6%	27,7%
- Meilleure qualité de vie, moins de gardes et d'astreintes	20,0%	9,7%	18,1%	15,1%
- Problèmes médico-légaux et procès (arrêt Perruche)	12,0%	17,8%	20,8%	18,2%
Activité jugée				
Insuffisante	-	-	5,9%	2,7%
Normale	37,5%	69,1%	47,1%	53,8%
Excessive	62,5%	30,9%	47,0%	43,5%

* Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (entre 55 et 60 ans).

Lorsqu'on les interroge sur l'âge auquel ils souhaiteraient arrêter leur activité, un quart des médecins ne répond pas à la question. Parmi ceux qui y répondent, 73% envisagent un départ à 60 ans ou avant : 19% évoquent le MICA et 54% souhaitent cesser leur activité à 60 ans.

La moitié des praticiens pense faire évoluer son activité, sans différence significative selon le type de pratique (libérale, salariée ou mixte). Cette évolution irait essentiellement vers une diminution ou un arrêt des gardes (51%) et vers moins d'obstétrique (27%), mais de nombreux types d'évolution possible sont évoqués par les praticiens :

- des engagements dans une sous-spécialité de la gynécologie-obstétrique ou dans un domaine spécifique : sexologie, échographie, PMA, sénologie, reconstruction mammaire, psychologie comportementale, installation à l'étranger ;
- mais aussi dans des domaines très différents pour certains : médecine du travail, médecine humanitaire, expertise ou conseil juridique.

Globalement, presque un médecin sur 5 recherche une évolution vers une activité comportant « moins de risques », « moins de soucis », « moins d'heures de travail » ou une « réorganisation des gardes avec des récupérations ». Quatre médecins évoquent même l'arrêt complet de leur activité.

On retrouve ces éléments dans la suite des réponses :

- 44% des médecins citent le coût d'assurance comme facteur les amenant à penser à faire évoluer leur activité, et 18% supplémentaires citent spontanément et spécifiquement les problèmes médico-légaux (arrêt Perruche notamment) ;
- 31% des gynécologues-obstétriciens de l'étude déclarent avoir déjà eu un procès ;
- 43% des médecins jugent leur activité excessive, 54% normale et seulement 3% la considèrent insuffisante.

Actuellement, la prime d'assurance moyenne est de 13 900 F par an. Il était demandé aux médecins d'indiquer le seuil d'assurance qui les inciterait à réorienter leur activité : le seuil moyen cité est de 37 500 F, sans différence selon le type de structures dans laquelle travaille le médecin.

3.2 Modélisation et simulations

Les volumes d'actes réalisés dans la région ont été estimés à partir des données de l'enquête, en les redressant au nombre total de praticiens et en introduisant un facteur de correction pour ajuster le modèle au nombre réel de médecins de la région : cette approche ne permet bien entendu pas de produire un bon outil de définition du besoin absolu en médecins. Par contre, elle permet de décrire la part

de certains paramètres dans l'offre actuelle et de simuler des changements dans ces paramètres.

Trois grands types de facteurs d'évolution, et donc de simulations, peuvent être distingués :

- les caractéristiques de la demande : âge de la population essentiellement ;
- les caractéristiques de l'activité des médecins : temps de travail, temps consacré à la gestion/administration, féminisation de la profession, augmentation ou diminution de la fréquence de certains actes... ;
- l'organisation des soins : transfert de certaines activités vers d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé, changements technologiques...

Les recoupements de fichiers permettent d'estimer à environ 726 le nombre de gynécologues-obstétriciens dans la région Rhône-Alpes en 2000.

Nous avons simulé des changements de pratiques "possibles", à type de consommation équivalente (Cf. tableau 14 ci-dessous) :

- La limitation du temps total de travail à 169 heures par mois hors gardes et astreintes (ETP salarié) nécessiterait une hausse de 18% de l'effectif ;
- La limitation du temps total de travail à 35 heures par semaine hors gardes et astreintes (ETP salarié) nécessiterait une hausse de 32% de l'effectif ;
- Transformation des astreintes en gardes, ce qui obligerait à les compter en temps de travail effectif. Une hausse de 17% de l'effectif serait alors nécessaire ;
- Diminution de moitié du nombre de consultations par transfert à d'autres médecins (médecins généralistes en particulier pour la contraception et le traitement de la ménopause). Une baisse de 40% de l'effectif serait alors nécessaire ;
- Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité...) nécessiterait une hausse de 6% de l'effectif, à temps de travail égal ;
- La féminisation de la profession (hypothèse d'une hausse de 10% du nombre de femmes qui se traduit par une baisse du temps de travail de 1 heure par semaine sur l'ensemble des médecins) entraînerait une hausse de 2% de l'effectif ;

- Les changements démographiques (augmentation et vieillissement de la population dans la région Rhône-Alpes) peuvent être pris en compte en utilisant les projections démographiques réalisées par l'INSEE à partir du recensement de 1999, via le modèle OMPHALE. Ces projections sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 14 – Données INSEE sur la population de la région Rhône-Alpes

Année	Nombre de femmes en Rhône-Alpes	Dont nombre de femmes de 20-39 ans
1999 (recensement)	2 891 663	803 780
2010 (projection)	3 093 000	781 000
2020 (projection)	3 247 000	777 000
2030 (projection)	3 380 000	773 000

Par rapport à l'activité des gynécologues-obstétriciens, on peut faire l'hypothèse que ces changements se traduisent surtout par une baisse du nombre de femmes en âge de procréer, qui aura une incidence sur le nombre d'obstétriciens nécessaires : on observe alors une baisse de 3% de l'effectif en 2010, 4% en 2020 et 2030.

Tableau 15 – Estimations sur le nombre de médecins nécessaires à partir de simulations (à type de consommation équivalente à la consommation actuelle)

Simulation réalisée	Variation engendrée par rapport à la situation actuelle
ETP = 169 heures par mois, hors gardes et astreintes	Hausse de 18%
ETP = 35 heures par semaine (151,5 heures/mois), hors gardes et astreintes	Hausse de 32%
Astreintes deviennent des gardes	Hausse de 17%
Astreintes multipliées par 2 et deviennent des gardes	Hausse de 35%
Moitié moins de consultations	Baisse de 40%
25% de consultations en moins	Baisse de 20%
Gestion multipliée par 2 à temps de travail égal (informatisation, télétransmission)	Hausse de 6%
Féminisation de la profession probable (plus de temps partiel) : + 10% de femmes parmi les gynécologues-obstétriciens	Hausse de 26%
Changements démographiques (augmentation et vieillissement de la population)	
- en 2010*	Baisse de 3%
- en 2020*	Baisse de 4%
- en 2030*	Baisse de 4%

* Selon projections démographiques de l'INSEE (modèle OMPHALE).

4 Résultats de l'enquête auprès des anesthésistes-réanimateurs

4.1 Résultats de l'enquête auprès des médecins

4.1.1 Déroulement de l'étude et taux de réponse

L'étude s'est déroulée de décembre 2001 à janvier 2002. Le mailing initial a été envoyé début décembre et une relance a été effectuée mi-janvier. Au 22 février 2002 (date limite fixée pour les retours de questionnaires), nous avons reçu 294 questionnaires complétés sur les 960 questionnaires envoyés. Cependant, le fichier de mailing contenait 57 adresses d'infirmiers et nous avons eu 31 retours de questionnaire pour mauvaise adresse ou adresse incomplète et 6 retours pour praticiens en retraite ou n'exerçant plus l'anesthésie-réanimation. Le taux de réponse à l'enquête est donc de 34%. 282 dossiers ont été analysés (11 arrivés hors délai et 1 exclus car très peu rempli : aucun détail sur l'activité et les structures dans lesquelles il travaille).

Le contrôle de cohérences des données a mis en évidence des incohérences entre le temps de travail global déclaré par semaine et la répartition de ce temps de travail sur différentes activités. De nombreux retours aux questionnaires ont été nécessaires. Les données ont été corrigées par programme informatique lorsque la relecture et l'analyse du questionnaire le permettaient. Les données aberrantes ont été exclues de l'analyse.

4.1.2 Principales caractéristiques des anesthésistes-réanimateurs répondants

Tableau 16 - Principales caractéristiques des spécialistes ayant répondu à l'enquête

	Anesthésistes-réanimateurs N = 282	
	n	%
Age		
Moyenne $\pm$ écart-type	47 ans $\pm$ 8	
≤ 40 ans	56	19,9
41-50 ans	119	42,2
51-60 ans	101	35,8
> 60 ans	6	2,1
Sexe		
Homme	194	68,8
Femme	88	31,2
Ancienneté de la thèse		
≤ 10 ans	61	21,6
10 à 20 ans	89	31,6
20 à 30 ans	112	39,7
> 30 ans	20	7,1
Qualification		
CES	209	76,3
DES	65	23,7
Ancienneté de la qualification spécialiste		
≤ 10 ans	63	22,3
10 à 20 ans	121	42,9
20 à 30 ans	88	31,2
> 30 ans	10	3,5
% diplômés en Rhône-Alpes	200	72,2

L'âge moyen des anesthésistes-réanimateurs ayant répondu à l'enquête est de 47 ans : 38% ont plus de 50 ans et seulement 20 % moins de 40 ans. La répartition de l'ancienneté de la thèse apparaît cohérente avec la répartition par âge des médecins. En revanche, la qualification spécialiste apparaît globalement plus récente, laissant supposer que certains médecins ont tardé à la demander. La profession est composée aux deux tiers d'hommes. La majorité (72%) des praticiens exerçant en région Rhône-Alpes ont eu leur diplôme dans la région.

4.1.3 Trajectoire professionnelle

57% des anesthésistes-réanimateurs travaillent actuellement dans le secteur public. Près des trois quarts d'entre eux (72%) ont toujours travaillé dans ce secteur et y travaillent en moyenne depuis 19 ans. 28% ont déjà travaillé dans le secteur privé, avec une durée moyenne de 9 ans.

43% des anesthésistes-réanimateurs travaillent actuellement dans le secteur privé : ils sont seulement 11% à travailler depuis toujours dans ce secteur et depuis 13 ans en moyenne. Les 89% restants ont déjà travaillé dans le secteur public, pendant 7 ans en moyenne, avant de rejoindre le secteur privé.

4.1.4 Activité

Les anesthésistes-réanimateurs qui ont répondu à l'enquête ont décrit les activités suivantes :

- 19% font de l'anesthésie spécialisée, avec de nombreux domaines : neurochirurgie, chirurgie cardiaque, pédiatrie, gynécologie-obstétrique, orthopédie, urologie, SAMU... ;
- 73% pratiquent l'anesthésie polyvalente ;
- 22% font de la réanimation médicale et 41% de la réanimation chirurgicale ;
- 3% font de la réanimation de grands brûlés ;
- 18% travaillent dans un service de soins intensifs ;
- 7% ont une activité dans un service de greffes.

92% des anesthésistes-réanimateurs font de l'anesthésie ; il s'agit d'anesthésie polyvalente pour 4 praticiens sur 5. Le schéma est différent pour la réanimation puisque 54% des praticiens n'ont aucune activité de réanimation et seuls 6% s'y consacrent exclusivement, les 40% restants pratiquant à la fois l'anesthésie et la réanimation. Au final, 8% des anesthésistes-réanimateurs ne font pas d'anesthésie (SAMU, urgences).

Ces résultats peuvent être comparés à ceux de l'enquête démographique CFAR-SFAR-INED portant sur les médecins anesthésistes réanimateurs en France en 1998. Les résultats sont relativement proches en termes d'âge et de proportion de femmes. En revanche, les praticiens ayant répondu à notre étude sont moins nombreux à pratiquer la réanimation (46% contre 58% dans l'enquête nationale). Ce résultat s'explique peut-être par le nombre de médecins pratiquant la

réanimation seulement dans le cadre des gardes et qui ne considèrent pas forcément qu'ils font de la réanimation.

4.1.5 Lieux d'exercice

Tableau 17 – Lieux d'activité des spécialistes

	Anesthésistes-réanimateurs	
	N = 282	
	n	%
Type de professionnel		
Salarié exclusif	162	57,5
Libéral exclusif	103	36,5
Mixte	17	6,0
Lieux d'exercice (plusieurs lieux possibles)		
Hôpital	150	53,2
Clinique	113	40,1
PSPH	49	17,4
Activité privée à l'hôpital	9	3,2
Nombre de lieux d'exercice*		
1	253	89,7
2	25	8,9
3	4	1,4
Moyenne $\pm$ écart-type	1 $\pm$ 0,4	

* Pour les spécialistes exerçant à l'hôpital public et déclarant une activité privée au sein de l'hôpital, un seul lieu d'exercice a été comptabilisé.

57% des anesthésistes-réanimateurs ont une activité exclusivement salariée et 36% une activité exclusivement libérale. Dans cette spécialité, seuls 6% des praticiens ont donc une activité « mixte » (à la fois salariée et libérale).

La grande majorité des anesthésistes-réanimateurs (90%) a un seul lieu d'exercice. Il s'agit le plus souvent de l'hôpital ou de la clinique, et dans 17% des cas d'un établissement PSPH. A noter également que 3% des anesthésistes-réanimateurs déclarent une activité privée à l'hôpital.

Le taux de praticiens appartenant à un seul lieu d'exercice est comparable à celui observé dans l'enquête CFAR-SFAR-INED. En revanche, la proportion de praticiens exerçant dans des structures avec paiement à l'acte est supérieur dans notre enquête (30% dans l'enquête CFAR-SFAR-INED). Mais le résultat observé paraît cohérent avec l'évolution récente dans la profession et le départ de certains médecins vers le secteur privé.

Le tableau suivant récapitule les principales caractéristiques des lieux d'exercice des anesthésistes-réanimateurs qui ont répondu à l'enquête.

Tableau 18 – Principales caractéristiques des différents lieux d'exercice

	Hôpital N = 150	Clinique N = 113	PSPH N = 49
Caractéristiques de l'exercice	/	95% à but lucratif	/
Nombre d'anesthésistes dans la structure (ETP)[°]	16 ± 20	6 ± 3	10 ± 12
Nombre d'IADE au bloc (ETP)[°]	14 ± 19	3 ± 3	8 ± 8
Pourcentage de structure avec une maternité	61%	31%	51%
Si maternité dans la structure :			
* Niveau de la maternité			
Niveau 1	21%	49%	40%
Niveau 2	43%	51%	36%
Niveau 3	36%	-	24%
* Nombre de naissances par an dans l'établissement			
Moins de 500	7%	5%	12%
500 à 1500	37%	67%	46%
plus de 1500	56%	28%	42%
Statut d'exercice	4% PU-PH 1% MCU-PH 84% PH 4% CCA 1% assistant non universitaire 2% praticien adjoint contractuel 4% attaché	55% en secteur 1 4% de remplaçants exclusifs	98% de salariés 8% de remplaçants exclusifs

[°] Moyenne ± écart-type.

^{°°} Moyenne ± écart-type (minimum-maximum).

Le taux de remplaçants est de 8% en PSPH et de 3% en clinique. Dans notre échantillon, 28% des cliniques pratiquent plus de 1500 naissances par an alors qu'aucune n'est classée en niveau 3.

4.1.6. Temps de travail, congrès et vacances

Les caractéristiques globales du temps de travail des anesthésistes-réanimateurs sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 19 – Temps de travail des anesthésistes-réanimateurs

Moyenne $\pm$ écart-type (min-max)	Anesthésistes-réanimateurs N = 282
Travail : nombre d'heures par jour	10 $\pm$ 2 (2-14)
Travail : nombre de jours par semaine	5 $\pm$ 0,5 (3-7)
Travail : nombre de semaines par an	44,5 $\pm$ 5 (6-52)
Non travail avec remplaçant : nombre de jours par an	8 $\pm$ 13 (0-80)
Congrès : nombre de jours par an	7 $\pm$ 5 (0-35)
Vacances : nombre de jours par an	35,5 $\pm$ 19 (0-220)

Les anesthésistes-réanimateurs travaillent en moyenne 5 jours par semaine et 44 semaines par an. Leur temps de travail hebdomadaire moyen, hors gardes et astreintes, est de 52 heures par semaine, avec une dispersion importante (écart-type de 11 et temps de travail allant de 10 à 91 heures par semaine). Les praticiens déclarent en moyenne 35 jours de vacances par an.

Cette étude permet d'estimer le temps de travail des praticiens de deux façons différentes :

- à partir de cette évaluation globale du temps de travail sur une semaine-type (nombre d'heures par jour et nombre de jours par semaine) ;
- à partir d'une évaluation plus détaillée du temps de travail hebdomadaire : il s'agit de la répartition du temps de travail sur une semaine donnée, dans les différents lieux d'exercice et sur les différentes activités dans chacun de ces lieux. Le problème est que ces éléments ne sont pas toujours renseignés par les praticiens et qu'ils présentent parfois des incohérences.

Tableau 20 – Estimation du temps de travail hebdomadaire des anesthésistes-réanimateurs, hors gardes et astreintes, en fonction des paramètres recueillis

Moyenne $\pm$ écart-type (min-max)	Anesthésistes-réanimateurs N = 282
Evaluation globale sur une semaine-type*	52 $\pm$ 11 (10-91)
Evaluation détaillée**	51 $\pm$ 15 (8-124)

* Nombre d'heures par jour et nombre de jours par semaine.

** Somme des temps de travail consacrés aux différentes activités dans les différents lieux d'exercice.

Les estimations issues de ces deux types d'informations présentent des fluctuations importantes pour un certain nombre de praticiens ; mais les estimations moyennes sur l'ensemble des praticiens apparaissent équivalentes (51 à 52 heures par semaine en moyenne, hors gardes et astreintes).

S'ajoutent à ce temps de travail des activités non directement rattachables à l'activité médicale et aux différents lieux d'exercice : enseignement, recherche, formation et lecture de journaux médicaux, promotion de la discipline, participation à différents comités (CLIN, CLUD, CME, commission de conciliation, commission des fluides...), et participation au PMSI. Les anesthésistes-réanimateurs déclarent consacrer en moyenne 3,5 heures par semaine pour ces différentes activités. Parmi ces activités, les plus importantes sont la lecture bibliographique et la formation continue. Certaines activités concernent une grande proportion des médecins alors que d'autres sont limitées à un nombre plus réduit de médecins (recherche, défense de la spécialité, participation au PMSI par exemple). A noter que 57% des anesthésistes-réanimateurs font de l'enseignement, à raison d'en moyenne 3 heures par mois.

Certaines de ces activités (lecture de journaux médicaux, défense de la spécialité...) ne sont pas forcément assimilées à du temps de travail par les médecins, ce qui peut expliquer les fluctuations observées entre les différentes estimations du temps de travail.

Tableau 21 – Estimation du temps passé à des activités transversales

	Anesthésistes-réanimateurs	
	N = 282	
	<i>Moyenne ± écart-type (h/sem)</i>	<i>% concerné par l'activité</i>
Temps d'enseignement	0,4 ± 1	57%
Temps de recherche	0,2 ± 0,6	25%
Temps de FMC, lecture de journaux médicaux	1,2 ± 1	91%
Temps de défense et promotion de la spécialité	0,3 ± 1,4	29%
Temps d'activités transversales (hémovigilance, matériovigilance, CME, CLIN, CLUD, commission de conciliation, commission des fluides...)	0,7 ± 1	75%
Temps DIM/PMSI	0,2 ± 0,8	21%
Autres activités (encadrement, stage, réunions diverses, conseil, accréditation...)	0,6 ± 2	26%
Moyenne des activités précédentes	3,4 ± 3,9	/

h/sem : heures par semaine.

4.1.6 Activité des spécialistes selon le type de structure et selon le statut du professionnel

Tableau 22 – Description de l'activité des anesthésistes-réanimateurs pour les 3 principaux lieux d'exercice et par type de structure

	Hôpital N = 150	Clinique N = 113	PSPH N = 49	Activités salarisées* N = 164	Paiement à l'acte** N = 111	Total N = 282
Temps d'activité hors astreintes/gardes° (h/sem)	46 ± 13	52 ± 14	44 ± 16	49 ± 16	51 ± 16	51 ± 15
% consultations	15%	19%	17%	14%	20%	16%
% actes en K et KCC	39%	59%	40%	39%	59%	47%
% salle de travail	5%	3%	8%	5%	3%	4%
% salle de réveil (SSPI)	4%	5%	6%	4%	5%	5%
% service de soins intensifs	3%	4%	1%	3%	3%	3%
% service de réanimation	20%	2%	10%	19%	2%	12%
% surveillance clinique	12%	8%	12%	13%	8%	11%
% autre activité médicale (prélèvement, SAMU...)	1%	-	1%	1%	-	-
% autre activité non médicale (réunions diverses...)	1%	-	5%	2%	-	2%
% activité médicale	98%	100%	95%	97%	100%	98%
Durée moyenne d'une consultation (minutes) (± écart-type, min-max)	22 ± 10 (9-80)	15 ± 3 (10-20)	20 ± 7 (10-40)			
% de médecins réalisant des gardes sur place	78%	26%	55%	84%	28%	62%
Temps de gardes sur place° (h/sem)						
- sur l'ensemble des médecins	11 ± 8	3 ± 5	7 ± 9	11 ± 10	3 ± 5	8 ± 9
- sur les médecins qui en font	14 ± 6	10 ± 6	13 ± 8	15 ± 9	11 ± 6	14 ± 9
% de médecins réalisant des astreintes	48%	83%	59%	60%	86%	71%
Temps d'astreintes° (h/sem)						
- sur l'ensemble des médecins	8 ± 13	20 ± 19	11 ± 14	10 ± 14	19 ± 19	14 ± 17
0	52%	17%	41%	45%	21%	32%
≤ 20 h/mois	7%	4%	8%	8%	4%	6%
21-40 h/mois	12%	6%	10%	13%	5%	10%
41-100 h/mois	19%	44%	27%	21%	43%	32%
101-200 h/mois	8%	24%	10%	10%	22%	15%
200 h/mois	2%	5%	4%	3%	5%	5%
- sur les médecins qui en font	16 ± 14	24 ± 18	18 ± 14	17 ± 15	24 ± 18	21 ± 17

* Hôpital, PSPH.

** Clinique, activité privée au sein de l'hôpital.

° Moyenne ± écart-type.

h/sem : heures par semaine.

Remarque : les pourcentages observés dans les PSPH doivent être interprétés avec prudence du fait du faible effectif de ce groupe de praticiens dans l'étude.

La durée moyenne d'une consultation varie entre 15 et 22 minutes selon les structures ; elle apparaît plus courte dans les cliniques, avec un maximum nettement moins élevé que dans les hôpitaux ou en PSPH. Ce résultat peut s'expliquer par le plus grand nombre de patients vus en ambulatoire, et donc de pathologies moins lourdes, dans les cliniques. Les durées de consultation varient aussi fortement d'un médecin à l'autre, allant du simple au triple.

Les temps d'activité par structure sont élevés. Au total, toutes structures confondues, un anesthésiste-réanimateur travaille en moyenne 51 heures par semaine, hors gardes, astreintes, et activités transversales du type enseignement/recherche et formation. L'activité des anesthésistes-réanimateurs est constituée quasiment pour moitié d'actes en K et KCC, à 15% de consultation, à 12% de temps en service de réanimation et à 11% de surveillance clinique, le reste du temps se répartissant entre la salle de travail, la salle de réveil et le services de soins intensifs.

L'activité apparaît différente selon les structures pour deux postes : plus d'actes pratiqués en clinique (59% contre 40% à l'hôpital ou en PSPH), mais très peu de temps consacré au service de réanimation (2% seulement contre 10% en PSPH et 20% à l'hôpital).

Par ailleurs, l'activité des anesthésistes-réanimateurs se caractérise par un nombre élevé de gardes sur place et d'astreintes. Globalement, 62% des praticiens assurent des gardes, avec une moyenne de 14 heures par semaine. Cette pratique de gardes caractérise surtout les activités salariées puisqu'elle concerne 84% de ses anesthésistes-réanimateurs contre 28% des anesthésistes-réanimateurs travaillant dans des structures avec paiement à l'acte. De la même façon, 71% des anesthésistes-réanimateurs assurent des astreintes, pour une durée moyenne de 21 heures par semaine : 60% des médecins dans les structures salariées et 86% dans les structures avec paiement à l'acte. A noter qu'un anesthésiste-réanimateur sur cinq assure plus de 100 heures d'astreintes par mois. Par rapport à l'enquête CFAR-SFAR-INED, on observe dans notre enquête un taux supérieur de médecins pratiquant des gardes (62% contre 44%) et des astreintes (71% contre 56%).

La situation des anesthésistes-réanimateurs peut également être analysée en décrivant l'activité totale d'un médecin en fonction de son « statut », défini en fonction des structures dans lesquelles il travaille.

Tableau 23 – Description de l'activité en fonction du statut du professionnel*

	Salarié strictement N = 162	Libéral strictement N = 103	Total N = 282
Temps d'activité hors astreintes/gardes° (h/sem)	49 ± 16	53 ± 13	51 ± 15
% consultations	14	19	16
% actes en K et KC	38	59	47
% salle de travail	4	3	4
% salle de réveil (SSPI)	4	5	5
% service de soins intensifs	3	4	3
% service de réanimation	20	2	12
% surveillance clinique	13	8	11
% autre activité médicale	1	-	-
% autre activité non médicale	3	-	2
% activité médicale	97%	100%	98%
% de médecins réalisant des gardes sur place	79%	28%	62%
Temps de gardes° (h/sem)	12 ± 10	3 ± 6	8 ± 9
% de médecins réalisant des astreintes	57%	84%	71%
Temps d'astreintes° (h/sem)	10 ± 14	18 ± 14	14 ± 17
0	43	16	32
≤ 20 h/mois	8	4	6
21-40 h/mois	14	6	10
41-100 h/mois	22	48	32
101-200 h/mois	9	22	15
> 200 h/mois	4	4	5
Temps d'enseignement/recherche/promotion spécialité/CME, CLIN	4 ± 5	3 ± 2	3,5 ± 4
Temps de travail total (y compris gardes, astreintes et enseignement/recherche...)° (h/sem)**	76 ± 23	80 ± 22	79 ± 25

° Moyenne ± écart-type.

h/sem : heures par semaine.

* Les médecins ayant une activité mixte ne figurent pas dans le tableau pour cause d'effectif trop faible (n = 17).

** Le total est parfois différents du détail des activités du fait des arrondis et de calculs sur des sous-échantillons légèrement différents (problème des données manquantes).

Les résultats sont proches de ceux observés par structure puisque la grande majorité des médecins exerce dans un seul type de structure.

Le temps de travail global des anesthésistes-réanimateurs est d'environ 79 heures par semaine, gardes, astreintes et activités de type enseignement, recherche, formation incluse.

4.1.7 Composition du « temps anesthésique »

Tableau 24 – Décomposition du « temps anesthésique » selon le statut des anesthésistes-réanimateurs

Moyenne $\pm$ écart-type (min-max)	Salarié strictement N = 162	Libéral strictement N = 103	Total* N = 282
Anesthésies générales	46 $\pm$ 27 (0-100)	47 $\pm$ 20 (0-95)	47 $\pm$ 24 (0-100)
Anesthésies loco-régionales per opératoires	17 $\pm$ 18 (0-80)	25 $\pm$ 14 (0-64)	20 $\pm$ 17 (0-80)
Anesthésies générales + anesthésies loco-régionales	11 $\pm$ 22 (0-100)	10 $\pm$ 17 (0-100)	10 $\pm$ 19 (0-100)
Analgésies loco-régionales post-opératoires	3 $\pm$ 6 (0-50)	6 $\pm$ 5 (0-20)	4 $\pm$ 6 (0-50)
Analgésies post-opératoires intraveineuses par PCA	5 $\pm$ 7 (0-50)	7 $\pm$ 10 (0-50)	6 $\pm$ 9 (0-50)
Activités extra-anesthésiques (voie veineuse centrale, petite chirurgie, sites implantables...)	6 $\pm$ 9 (0-80)	5 $\pm$ 10 (0-99)	5 $\pm$ 9 (0-99)
Autres actes (réanimation, urgences, SAMU)	12 $\pm$ 27 (0-100)	3 $\pm$ 7 (0-50)	8 $\pm$ 21 (0-100)
TOTAL	100%	100%	100%

* Y compris les médecins ayant une activité mixte, qui ne figurent pas dans le tableau pour cause d'effectif trop faible (n = 17).

La décomposition du temps passé à faire des anesthésies apparaît proche chez les médecins salariés et les libéraux. Il s'agit essentiellement d'anesthésies générales et d'anesthésies loco-régionales per opératoires.

4.1.8 Opinions des anesthésistes-réanimateurs sur leur activité

Tableau 25 – Opinions des anesthésistes-réanimateurs

	Salarié strictement N = 162	Libéral strictement N = 103	Total* N = 282
Repos de sécurité appliqué	27%	27%	26%
Si non appliqué :			
- Envisagé	86%	23%	61%
- Réalisable	37%	24%	32%
Age où souhaite arrêter d'exercer			
MICA**	14%	13%	14%
60 ans	46%	46%	45%
65 ans	16%	18%	17%
Ne sait pas	24%	23%	24%
Pense faire évoluer leur activité	68%	64%	66%
Si oui (plusieurs évolutions possibles) :			
- vers moins de gardes	67%	59%	64%
- vers moins d'anesthésie-réanimation	30%	60%	43%
- vers plus d'activités transversales	31%	11%	23%
- vers moins d'activités transversales	12%	21%	16%
- vers une charge de travail moins lourde	5%	16%	9%
Éléments pouvant faire évoluer leur activité (plusieurs réponses possibles) :			
- Regroupements d'établissements	35%	59%	44%
- Augmentation des problèmes juridiques	27%	55%	29%
- Coût d'assurance professionnelle	2%	30%	13%
- Dégradation des conditions de travail, hausse des gardes et de la charge de travail	11%	10%	10%
- Moins de travail et de gardes, recrutement de médecins	9%	6%	8%
Nombre de gardes par mois à partir duquel arrêterait de travailler	7 ± 5	8 ± 4	7 ± 4
Arrêt de l'activité envisagé si augmentation de la charge de travail	56%	59%	58%
Activité jugée			
Insuffisante	1%	-	1%
Normale	43%	51%	47%
Excessive	56%	49%	52%

* Y compris les médecins ayant une activité mixte, qui ne figurent pas dans le tableau pour cause d'effectif trop faible (n = 17).

** Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité.

Le repos compensateur de sécurité est appliqué pour un quart des anesthésistes-réanimateurs. Cette proportion est comparable dans les différentes structures. En revanche, lorsqu'il n'est pas en place, il est plus souvent envisagé dans les structures publiques, mais jugé réalisable par seulement un quart à un tiers des médecins, quelle que soit la structure.

Lorsqu'on les interroge sur l'âge auquel ils souhaiteraient arrêter leur activité, un quart des médecins ne répond pas à la question. Parmi ceux qui y répondent, plus des trois quarts envisagent un départ à 60 ans ou avant : 18% évoquent le MICA et 59% un départ à 60 ans.

Deux praticiens sur trois déclarent vouloir faire évoluer leur activité, sans différence significative selon le type de pratique (libérale ou salariée). Les évolutions les plus fréquemment envisagées sont une diminution ou un arrêt des gardes (47%) et une diminution de l'activité d'anesthésie-réanimation (29%). Mais de nombreuses autres pistes d'évolution sont évoquées :

- des engagements dans une sous-spécialité de l'anesthésie-réanimation ou dans un domaine spécifique : soins palliatifs, gériatrie, allerge-anesthésie, panachage d'activités en France et à l'étranger ;
- mais aussi une réorientation professionnelle totale et un changement de discipline pour une quinzaine de praticiens, dans des directions très différentes : échocardiographie, médecine tropicale, activité de prévention et d'éducation à la santé, nutrition artificielle, gestion d'une société d'intérim, consultant, commercial.

La moitié des anesthésistes-réanimateurs jugent leur activité excessive, 47% la considèrent normale et seulement 1% insuffisante.

Lorsqu'on demande aux médecins le seuil d'assurance qui les inciterait à réorienter leur activité, le seuil moyen cité est de 60 400 F, sans différence selon le type de structures dans laquelle travaille le médecin.

Il était demandé aux médecins le nombre de gardes à partir duquel ils arrêteraient de travailler. Un quart des anesthésistes n'a pas répondu à la question (rappelons que 62% des médecins assurent des gardes). Parmi ceux qui ont précisé un seuil, la moyenne citée est de 7 gardes par mois.

4.2 Modélisation et simulations

Selon les recoupements de fichiers, il y aurait 897 anesthésistes-réanimateurs dans la région Rhône-Alpes en 2000 (960 médecins dans le fichier, mais exclusion de 63 médecins exerçant une autre profession et 6 reconversions ou retraites).

L'hypothèse de répartition d'effectif d'anesthésistes-réanimateurs entre le secteur public et le secteur privé est basée sur les résultats de l'enquête auprès des praticiens. La modélisation et les simulations ont également été réalisées en prenant les résultats de l'enquête CFAR-SFAR-INED : elles donnent des résultats proches, à 2 ou 3% près.

Nous avons simulé des changements de pratiques "possibles", à type de consommation équivalente (Cf. tableau ci-dessous) :

- La limitation du temps total de travail à 169 heures par mois hors astreintes et gardes (ETP salarié) nécessiterait une hausse de 59% de l'effectif ;
- La limitation du temps total de travail à 35 heures par semaine hors astreintes et gardes (ETP salarié) nécessiterait une hausse de 77% de l'effectif ;
- Transformation des astreintes en gardes, ce qui obligerait à les compter en temps de travail effectif. Une hausse de 21% de l'effectif serait alors nécessaire ;
- Diminution de moitié du nombre de consultations par transfert à d'autres professionnels de santé (IADE par exemple). Une baisse de 6% de l'effectif serait alors nécessaire ;
- Doublement du nombre de consultations (par instauration d'une seconde consultation obligatoire par exemple). Une hausse de 6% de l'effectif serait alors nécessaire ;
- Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité...) nécessiterait une hausse de 1% de l'effectif ;
- L'influence des changements démographiques peut être appréhendée en utilisant de façon concomitante deux sources d'informations :
 - o d'une part, les projections démographiques de l'INSEE pour les prochaines années (qui prévoient une augmentation et un vieillissement de la population en Rhône-Alpes) ;

Tableau 27 – Données INSEE sur la population de la région Rhône-Alpes

Population et année	1999 (recensement)	2010 (projection)	2020 (projection)	2030 (projection)
0-19 ans	1 497 100	1 496 500	1 488 000	
20-39 ans	1 613 600	1 577 600	1 578 500	1 572 200
40-59 ans	1 469 000	1 623 000	1 627 400	1 599 500
60-74 ans	721 900	840 800	1 054 800	1 123 000
≥ 75 ans	378 600	502 500	587 200	815 300
Population totale	5 680 200	6 040 400	6 335 900	6 586 000

- d'autre part, des données sur la répartition des patients anesthésiés, en fonction de l'âge notamment. L'enquête « L'Anesthésie en France en 1996 » de la SFAR fournit ce type de données.

La simulation réalisée est basée sur l'hypothèse que la fréquence des anesthésies reste constante dans une classe d'âge donnée. La prise en compte des changements démographiques se traduit alors par une hausse de 9% de l'effectif d'anesthésistes-réanimateurs nécessaire en 2010, de 19% en 2020 et de 27% en 2030 par rapport au niveau actuel.

Tableau 28 – Estimations sur le nombre de médecins nécessaires à partir de simulations

Simulation réalisée	Variation engendrée par rapport à la situation actuelle
ETP = 169 heures par mois, hors gardes et astreintes	Hausse de 59%
ETP = 35 heures par semaine (151,5 heures/mois), hors gardes et astreintes	Hausse de 77%
Astreintes deviennent des gardes	Hausse de 21%
Astreintes multipliées par 2 et deviennent des gardes	Hausse de 43%
Moitié moins de consultations	Baisse de 6%
Deux fois plus de consultations	Hausse de 6%
Gestion multipliée par 2 à temps de travail égal (informatisation, télétransmission)	Hausse de 1%
Changements démographiques (augmentation et vieillissement de la population en région Rhône-Alpes)	
- projection démographique INSEE pour 2010*	Hausse de 9%
- projection démographique INSEE pour 2020*	Hausse de 19%
- projection démographique INSEE pour 2030*	Hausse de 27%

* à partir du modèle Omphale.

5 Synthèse et conclusion

L'un des objectifs de cette étude était de décrire l'activité des gynécologues-obstétriciens et des anesthésistes-réanimateurs. L'étude montre des caractéristiques communes fortes aux deux spécialités : un âge moyen de ces médecins est relativement élevé (47-48 ans), un temps de travail conséquent et des activités de gardes et d'astreintes importantes. En incluant le temps de recherche/enseignement/formation, les gardes et les astreintes, le temps de travail hebdomadaire est estimé à 69 heures pour l'ensemble des gynécologues-obstétriciens, 80 heures pour ceux qui pratiquent l'obstétrique et/ou la chirurgie et 79 heures pour les anesthésistes-réanimateurs.

On observe également des spécificités en fonction de la spécialité étudiée. En particulier, la gynécologie-obstétrique se scinde en deux types de professionnels et d'activités : la gynécologie médicale et l'obstétrique/chirurgie. C'est une discipline qui couvre un champ d'activités très diversifiées : obstétrique, cancérologie, PMA, diagnostic anténatal, contraception, ménopause... Les gynécologues-obstétriciens déclarent souvent plusieurs lieux d'exercice (résultat que nous avons déjà observé pour les gastro-entérologues et les pédiatres, et dans une moindre mesure pour les orthopédistes) alors que la grande majorité des anesthésistes-réanimateurs appartiennent à une seule institution.

Certaines activités et pratiques professionnelles apparaissent différentes selon les structures dans lesquelles les médecins exercent. Cette caractéristique rend plus complexe la schématisation de l'activité des gynécologues-obstétriciens puisque ces spécialistes travaillent souvent dans plusieurs structures et ont des activités différentes dans chacune d'entre elles (plus de consultation en cabinet, essentiellement des actes en KC en clinique...). Pour les anesthésistes-réanimateurs, la description de l'activité apparaît plus simple : un seul lieu d'exercice pour la grande majorité des médecins et des activités peu différentes en clinique et à l'hôpital.

Les réponses des médecins traduisent une forte demande à la fois pour diminuer leur temps de travail hebdomadaire, pour réduire le nombre de gardes sur place, et pour arrêter leur activité à 60 ans, voire plus tôt via le MICA. A travers les questions plus qualitatives qui leur étaient posées, il ressort plusieurs sujets de préoccupation pour les médecins des deux spécialités : la suite de leur activité, les problèmes de responsabilité et les affaires juridiques. Leurs réflexions traduisent le plus souvent la recherche d'une meilleure qualité de vie. Mais une proportion non négligeable de médecins évoque aussi une reconversion professionnelle, parfois dans des domaines complètement différents de leur activité actuelle.

Au final, ces spécialités se caractérisent par une pénibilité et une disponibilité importantes, notamment à travers les lourdes activités de gardes et d'astreintes

qu'elles englobent. Il s'agit également de spécialités dont l'avenir démographique apparaît préoccupant (moyenne d'âge des médecins...). Du fait de certaines limites méthodologiques (estimations de volumes d'actes à partir des résultats de l'enquête, offre de soins utilisée comme estimation du besoin en médecins...), la modélisation construite dans le cadre de cette étude ne permet pas d'estimer les besoins en gynécologues-obstétriciens ou en anesthésistes-réanimateurs. Mais, en estimant le poids relatif de différents facteurs d'évolution possible de la profession, elle permet d'appréhender de façon prospective les modifications que ces paramètres pourraient engendrer sur le nombre de spécialistes nécessaire. Par exemple, pour les deux spécialités étudiées, l'évolution de certains facteurs - notamment les changements de caractéristiques démographiques de la population et l'intégration des gardes dans le temps de travail - nécessiterait une hausse de l'effectif par rapport à la situation actuelle. Cette étude apporte ainsi des éléments dans la discussion autour de la pénurie ou du sur-effectif de certaines spécialités. Ce type de travail ne peut se faire sans une connaissance détaillée de l'activité des praticiens (enquête ad-hoc auprès des praticiens) et une prise en compte de paramètres extérieurs pertinents par rapport à l'évolution de la spécialité (participation active de représentants des spécialités étudiées).