

Devenir des internes de médecine du travail formés en France entre 2002 et 2004

J.F. Gehanno^{1,3}
T. Vu²
D. Choudat^{2,3}
F. Conso^{2,3}

1. Service universitaire de médecine du travail et des maladies professionnelles, CHU, Hôpital Charles Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen Cedex

2. Département universitaire de médecine du travail, Faculté de médecine de Paris V

3. Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail

Correspondance :
J.F. Gehanno,
à l'adresse ci-dessus.

E.mail : jean-francois.gehanno@chu-rouen.fr

Mots-clés :
Médecins du travail, formation, évaluation.

Key-words:
Occupational physicians, training, assessment.

Summary

Future of residents in occupational health former trainees between 2002 and 2004

Arch Mal Prof Env 2007; 68: 110-118

Purpose of the study

Ten years ago, the only way of specializing in occupational medicine was to do an internship in this field. In order to deal with the persistent shortage of occupational physicians, the French government has created over the past decade new, and shorter, training pathways. Post-graduate teachers in occupational medicine have observed an adverse effect of these new pathways, *i.e.* the fact that some trainees leave occupational medicine at the end of their internship. The purposes of this study were to quantify this phenomenon and to obtain the opinions of former trainees as regards their specific training programme experience.

Method

A questionnaire concerning the opinion of former trainees regarding their training in occupational medicine and their professional curriculum was sent to 338 specialists who had completed their internship in France in 2002, 2003 or 2004.

Results

Overall, 253 replies were obtained (75% return rate). Most of the physicians were satisfied with their career. However, 9% of physicians had left their practice since the end of internship and 8% anticipated a moderate-to-definite likelihood to do so within a few years. Respectively 76% and 62% of physicians considered that their practical and theoretical training had adequately prepared them for their current professional activities.

Résumé

Objectifs

Depuis une décennie, le déficit en médecins du travail a incité les pouvoirs publics à multiplier les voies de formation au métier de médecin du travail. Les enseignants de médecine du travail ont observé un effet secondaire de ce dispositif sous la forme d'une réorientation de certains internes à l'issue de leur formation vers d'autres spécialités. L'objectif de cette étude était de dresser un bilan de ce dernier phénomène et d'obtenir l'avis des anciens internes sur leur formation.

Méthode

Un questionnaire portant sur la formation reçue et l'exercice professionnel actuel a été adressé à 338 internes ayant obtenu le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine du travail en 2002, 2003, 2004 dans chacune des régions de France.

Résultats

Au total, 253 réponses ont été obtenues (taux de réponse de 75 %). Les médecins, dans leur grande majorité, étaient satisfaits de leurs conditions d'exercice, mais 9 % des anciens internes avaient quitté la discipline à l'issue de la formation et 8 % envisageaient de le faire. Les médecins jugeaient que l'enseignement pratique (stages) et l'enseignement théorique les avaient correctement préparés à leur exercice professionnel pour respectivement 76 % et 62 % d'entre eux.

Discussion

Le pourcentage de médecins ayant quitté la spécialité à l'issue de leur DES, ou envisageant de le faire, est similaire à celui observé dans d'autres spécialités. Certains médecins expriment des incertitudes sur leur avenir professionnel, en particulier en fonction de l'évolution de la discipline secondaire à la réforme de

Discussion

The rate of physicians who leave occupational medicine in the years after their internship, or who anticipate to do so is similar to other specialities. Some physicians are still undecided, and wait for the results of the current reform in occupational medicine. Generally the majority of physicians are satisfied with their training and career.

la médecine du travail. Les médecins interrogés dans cette étude apparaissent très majoritairement satisfaits de leurs conditions d'exercice et de leur formation.

Les médecins du travail français exercent dans un cadre réglementaire contraint qui dicte précisément leurs missions et leurs moyens d'action. Cette réglementation précise ainsi que le nombre de médecins du travail est calculé en fonction du nombre de salariés et des risques auxquels ils sont exposés.

Alors que ces deux éléments n'ont pas décliné au cours de la dernière décennie, le nombre de médecins du travail a suivi la démographie médicale et l'inadéquation entre le nombre de médecins du travail nécessaires et le nombre de médecins disponibles s'est accentuée. Ceci a eu deux conséquences principales. La première a été la redéfinition des moyens des services de santé au travail, l'espace des visites médicales et l'introduction de la pluridisciplinarité dans ces services. Le déficit de médecins n'a pas été la seule motivation de cette réforme, qui s'est inscrite dans la transposition de la directive-cadre européenne du 12 juin 1989 *santé-sécurité au travail* (directive 89/391/CEE). La seconde a été l'instauration de nouvelles voies de formation en santé au travail.

La médecine du travail a été institutionnalisée en France par la *loi du 11 octobre 1946* mais aucune formation additionnelle n'était initialement nécessaire à l'exercice de la médecine du travail. Ce n'est qu'à partir de 1957 que la possession d'un certificat d'études spéciales (CES) a été imposée pour exercer la médecine du travail. En 1982 a été créé le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine du travail, dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales. Ces deux formations ont coexisté jusqu'en 1991, date à laquelle les CES ont disparus.

En dépit de la coexistence de ces deux voies de formations entre 1982 et 1991, le nombre de médecins formés et exerçant la spécialité n'a pas été suffisant pour satisfaire aux exigences réglementaires, et l'existence d'une seule voie d'accès à la formation à partir de 1991 ne pouvait qu'aggraver cette situation. Face à ce déficit en médecins du travail, les pouvoirs publics ont décidé

l'ouverture d'une nouvelle modalité d'accès au DES de médecine du travail. Un concours spécial, dit *européen*, ouvert aux médecins ayant trois ans d'exercice a donc été mis en place en 1993 à l'instigation des ministères du travail et de l'éducation nationale.

Cette nouvelle voie n'ayant pas permis de combler le déficit en médecins du travail diplômés, deux autres voies de formations furent instaurées par la suite.

La première a été la mise en place d'un dispositif de régularisation des médecins exerçant sans les diplômes requis dans les services de médecine du travail. La première mesure de régularisation fut instaurée à titre exceptionnel en 1998 (*loi 98-735 du 1^{er} juillet 1998*), puis ensuite reconduite en 2000 puis en 2002. Cette formation non diplômante, aboutissant à une autorisation d'exercice, a formé au total environ 1300 médecins sur le territoire national.

La seconde, qui lui a succédé, a été la mise en place lors de l'année universitaire 2003-2004 d'une capacité de médecine en santé au travail et de prévention des risques professionnels, pour trois années successives (loi dite de modernisation sociale de 2002).

Bien que ces mesures aient permis de combler partiellement le déficit en médecins du travail, elles ont fragilisé le système de recrutement de candidats au DES de médecine du travail, tant par la voie classique (concours C) que par le concours européen (concours E). Ainsi, une désaffection des candidats au concours européen a été observée dès 1998 suite à la mise en place de ces deux dernières voies d'accès au métier de médecin du travail. Cette désaffection s'expliquait par l'attractivité des voies parallèles de formation (absence de concours et régionalisation des inscriptions) et par la meilleure rémunération en cours de formation par rapport à celle offerte par l'internat.

En parallèle à ce moindre recrutement de futurs spécialistes, les enseignants de médecine du travail constataient qu'un nombre croissant d'internes, à l'issue de leur formation, quittait la discipline.

Le Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail (CEHUMT) a donc mis en place une étude pour confirmer ou infirmer cette fuite des médecins et pour recueillir auprès des médecins récemment formés leur ressenti sur leur formation initiale et son adéquation avec leur exercice professionnel dans le contexte de la réforme de la santé au travail.

Matériels et méthodes

La population étudiée était constituée de l'ensemble des internes ayant obtenu le DES de médecine du travail en 2002, 2003, 2004 dans chacune des régions de France.

Ceci représentait 420 internes issus du concours classique et du concours européen :

- 131 internes en 2002 ;
- 160 internes en 2003 ;
- 129 internes en 2004.

Les noms et adresses personnelles et/ou professionnelles des médecins au moment de leur formation ont été obtenus auprès des coordinateurs régionaux de l'enseignement de médecine du travail. En cas d'adresse inconnue ou erronée, une recherche était effectuée sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins qui dispose d'un annuaire recensant l'ensemble des médecins français en exercice.

Un questionnaire avec enveloppe-réponse a été adressé en mars 2005 à tous les médecins dont l'adresse avait été identifiée. Les questions portaient sur la formation théorique et pratique reçue par les étudiants d'une part et sur leur exercice professionnel d'autre part.

Deux relances ont été effectuées pour les non-répondreurs, par mail pour ceux disposant d'une adresse électronique ou par courrier.

Le recueil des résultats s'est déroulé de mars à octobre 2005.

Les réponses ont été saisies et analysées anonymement sur *Excel (Windows®)*.

Résultats

Parmi les 420 internes ayant terminé leur formation entre 2002 et 2004, 338 noms et adresses ont été identifiés (80,5 %).

Les 82 médecins perdus de vue avaient changé d'adresse personnelle ou professionnelle et n'étaient pas inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins (n = 53) ou avaient été formés dans l'interrégion Nord-Est

(Reims, Dijon, Nancy, Strasbourg et Besançon), qui n'a pu fournir d'information sur ses étudiants (n = 29).

Parmi les 338 questionnaires envoyés, 253 réponses ont été obtenues, soit un taux de réponse de 75 % par rapport aux questionnaires envoyés et 60 % par rapport à la population cible initiale.

Parmi les médecins répondreurs, 126 étaient issus du concours d'internat classique et 127 du concours européen.

La population était essentiellement féminine (73 %). L'âge moyen des internes au moment de l'obtention du DES était de 30,04 ans ($\pm 1,35$) pour les internes issus du concours C et 40,64 ans ($\pm 4,01$) pour ceux issus du concours E. Pour ce dernier groupe, la médecine du travail était par définition une seconde carrière ; leur premier exercice professionnel avait duré en moyenne 9,11 années ($\pm 4,36$), avec une durée minimale de 3 ans et une durée maximale de 23 ans.

Les médecins issus du concours E venaient en majorité de la médecine générale (87 %), avec des modes d'exercice très divers, dont la réadaptation physique, la médecine interne, la médecine d'urgence, la médecine scolaire ou de prévention maternelle et infantile, l'industrie pharmaceutique. Parmi les médecins issus d'une spécialité médicale (13 %), on retrouvait également des spécialités diverses : gastroentérologie, anatomie-pathologique, médecine interne, médecine nucléaire, dermatologie.

La médecine du travail était le choix initial de 51 % des internes issus du concours C. Les 49 % restants auraient souhaité s'orienter vers une autre spécialité médicale (29 %), vers la psychiatrie (12 %), la chirurgie (6 %) ou la biologie (2 %).

Le thème de la thèse d'exercice était un sujet de médecine du travail pour 83 % des internes issus du concours classique (n = 100) et 8 % des internes issus du concours européen (n = 10).

La formation

Dans le cadre du DES de médecine du travail, la formation pratique est constituée par les stages semestriels effectués dans des services de médecine du travail et dans des services cliniques.

Le nombre de semestres réalisés dans des services de médecine du travail est présenté dans le *tableau I*.

Par rapport au nombre de stages spécifiques de médecine du travail, théoriquement de 4, on peut remarquer que 13,83 % des internes avaient effectué plus de quatre stages et 6,35 % moins de quatre stages.

Au total, 203 (80,25 %) des internes avaient effectué un stage de spécialité dans un service hospitalier

Tableau I : Nombre de semestres réalisés dans des services de médecine du travail en fonction du concours d'internat d'origine.

Nombre de semestres	1	2	3	4	5	6	7	8
Internat classique	1 0,79 %	2 1,59 %	1 0,79 %	92 73,02 %	15 11,90 %	13 10,32 %	1 0,79 %	0
Internat européen	0 0 %	2 1,57 %	10 7,87 %	106 83,46 %	4 3,15 %	2 1,57 %	0 0 %	0
Total	1 0,40 %	4 1,58 %	11 4,35 %	198 78,26 %	19 7,51 %	15 5,93 %	1 0,40 %	0

universitaire de médecine du travail, et 22 internes issus du concours classique et 28 du concours européen (soit 20 % des répondants) n'en avaient effectué aucun.

Parmi les internes issus du concours européen, 97 (76 %) n'avaient effectué aucun stage clinique pendant leur cursus et 18 (14 %) n'en avaient effectué qu'un.

De nombreux médecins avaient complété leur formation par un ou plusieurs diplômes d'université. Ainsi, 154 médecins (60,87 %) avaient au moins un diplôme universitaire additionnel (76 % des internes du concours classique et 46 % du concours européen). Certains médecins avaient 3 (n = 17) voire 4 (n = 6) diplômes complémentaires.

Ces diplômes étaient en relation étroite avec la médecine du travail et concernaient principalement la toxicologie (n = 115), l'ergonomie (n = 45) ou encore la radioprotection (n = 20). Les autres diplômes universitaires suivis étaient très variés mais concernaient également la santé au travail : droit du travail, hygiène hospitalière, sécurité sociale, tabacologie, victimologie clinique, réparation juridique du dommage corporel, médecine de transport, santé communautaire, psychodynamique, stress et anxiété.

Les médecins jugeaient globalement que l'enseignement pratique (stages) et l'enseignement théorique les avaient préparés assez bien ou bien à leur exercice professionnel (*tableaux II et III*).

Les deux groupes de médecins portaient le même jugement sur l'enseignement pratique (p = 0,77), mais les internes issus du concours européen étaient globalement plus satisfaits de l'enseignement théorique que

les internes issus du concours C, bien que la différence ne soit pas significative (p = 0,07).

Les médecins étaient globalement moins satisfaits de l'enseignement théorique que de l'enseignement pratique (p = 0,01). La région d'origine n'exerçait pas une influence significative sur le jugement porté sur l'enseignement théorique ou pratique.

L'exercice professionnel

Parmi les 235 médecins répondants exerçant la médecine du travail, 4 % exerçaient dans un service de pathologie professionnelle, 69 % exerçaient dans un service interentreprises et 27 % dans un service autonome, dont 11 dans la fonction publique. Les médecins issus du concours classique étaient significativement plus nombreux à travailler en service autonome que les médecins issus du concours européen (30 % *versus* 20 %, p = 0,017).

L'embauche avait été immédiate à l'issue de la formation pour 70 % des médecins et elle était intervenue dans les 2 mois pour 25 % des médecins. Cette embauche avait eu lieu pour plus de la moitié d'entre eux (57 %) dans un service dans lequel ils avaient effectué un stage d'interne. Au moment de l'étude, 84 % des médecins exerçaient encore dans le service qui les avait embauchés à l'issue de leur formation.

Les trois-quarts des médecins pensaient rester dans le même service, mais 57 (25,7 %) envisageaient de changer de service à moyen ou à long-terme.

La mobilité des médecins était faible puisque 66 % avaient été formés dans leur région d'origine, et que

Tableau II : Évaluation de la qualité de l'enseignement pratique en fonction du concours d'internat d'origine.

Internat	Très insuffisant	Insuffisant	Assez bien	Bien
Classique	2 %	20 %	50 %	28 %
Européen	4 %	22 %	44 %	30 %
Total	3 %	21 %	47 %	29 %

Tableau III : Évaluation de la qualité de l'enseignement théorique en fonction du concours d'internat d'origine.

Internat	Très insuffisant	Insuffisant	Assez bien	Bien
Classique	7 %	38 %	39 %	16 %
Européen	6 %	23 %	54 %	17 %
Total	7 %	30 %	46 %	16 %

77,5 % des médecins étaient restés ensuite dans leur région de formation pour exercer.

Les médecins, dans leur grande majorité, étaient satisfaits des conditions de leur exercice professionnel. Ainsi, 87 % des médecins indiquaient avoir le mode d'exercice qu'ils espéraient à l'issue de leur formation et 74 % des médecins pensaient rester dans le service où ils exerçaient au moment de l'étude. Toutefois, 29 médecins (13 %) se déclaraient insatisfaits de leur mode d'exercice. Pour l'ensemble de ces éléments, il n'existait pas de différence significative selon le type de concours des médecins.

Parmi les 29 médecins insatisfaits, 16 étaient issus du concours européen et avaient donc choisi la médecine du travail comme une seconde carrière. Les 13 autres médecins étaient issus du concours de l'internat classique et la médecine du travail n'était le choix initial que pour 5 d'entre eux.

Dans ce groupe de médecins insatisfaits de leur exercice, 12 envisageaient de quitter la spécialité, 14 de changer de service et 3 médecins avaient décidé de rester dans le même service.

Les principaux motifs d'insatisfaction évoqués par les médecins, dans les réponses ouvertes, concernaient :

- la réforme de la médecine du travail,
- l'organisation de l'exercice de la médecine du travail dans les services interentreprises,
- l'autonomie professionnelle (marge de manœuvre limitée, problèmes d'indépendance professionnelle et intellectuelle),
- les perspectives professionnelles (CDD, médecin remplaçant, absence d'évolution de carrière),
- la difficulté du monde de l'entreprise (pressions contradictoires entre les partenaires sociaux, éloignement des *valeurs de la médecine*, relations avec l'employeur),
- les conditions d'exercice (manque de temps pour les visites d'entreprise et le traitement des dossiers difficiles, kilomètres parcourus, absence de secrétaire),
- les contradictions entre l'exercice professionnel et la formation théorique,
- le caractère répétitif de l'exercice.

Il faut remarquer que certains médecins qui indiquaient être satisfaits de leur mode d'exercice signalaient quand même rencontrer des difficultés en terme d'autonomie professionnelle et de difficultés d'exercice dans le monde de l'entreprise.

Un certain nombre de médecins avaient quitté la médecine du travail ou envisageaient de le faire. Parmi les médecins répondants, 18 (7,1 %) s'étaient orientés vers une autre discipline médicale entre la fin de leur formation et la date de l'étude. Par ailleurs, des informations ont pu être obtenues sur les 85 non-répondants grâce au

site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins. Parmi eux, 72 avaient comme qualification la médecine du travail (84,71 %), 13 la médecine générale (15,25 %). Le pourcentage de médecins ayant quitté la médecine du travail était significativement ($p = 0,02$) plus important chez les non-répondants que chez les répondants. En regroupant ces deux populations, un total de 31 médecins avait abandonné la médecine du travail à l'issue de l'internat, soit 9,2 % de la population de départ. Au total, 18 médecins (8 %) indiquaient qu'ils envisageaient de changer de spécialité. Parmi ces médecins, 12 n'avaient pas le mode d'exercice espéré à l'issue de leur formation, mais 6 médecins envisageaient d'abandonner la discipline malgré un mode d'exercice jugé satisfaisant. Sur les 18 médecins envisageant de changer de spécialité, 10 avaient choisi la médecine du travail comme choix initial. Par ailleurs, 13 médecins (5,8 %) n'ont répondu ni par l'affirmative ni par la négative à cette question. Parmi eux, certains précisaient que cela dépendrait de la réforme et de ses conséquences sur la pratique de la médecine du travail.

Parmi les 53 médecins ayant changé d'adresse et n'étant pas inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins, il n'est pas possible de séparer la proportion de médecins en attente d'inscription de ceux qui auraient, éventuellement, décidé de ne pas exercer.

Enfin, les médecins avaient peu adhéré aux sociétés professionnelles, puisque seuls 93 d'entre eux étaient membre d'une société régionale de médecine du travail, 20 de la Société française de médecine du travail et 11 des deux.

Discussion

Cette étude portait sur l'ensemble des internes ayant obtenu le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail en 2002, 2003 et 2004. Ces trois années ont été choisies pour obtenir un nombre de médecins suffisant, possédant déjà une expérience professionnelle, tout en limitant le nombre potentiel de perdus de vue. Parmi les 420 médecins ciblés par cette étude, 338 questionnaires ont été envoyés et 253 réponses obtenues. Le taux élevé de réponse permet d'avoir une bonne représentation de la population étudiée. Un biais de non-réponse des médecins ayant quitté la spécialité était possible, mais limité par les informations recueillies sur les non-répondants auprès du site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins. La population de cette étude était essentiellement féminine (73 %), ce qui reflète le taux de féminisation de la

médecine du travail, de 70 % en 2005 (1). Les médecins répondants se divisent en deux sous-groupes différents en terme d'âge. Les internes issus du concours E étaient naturellement plus âgés que ceux issus du concours C, puisqu'un des critères d'inscription à ce concours E est d'avoir un exercice professionnel d'au moins 3 ans. Ils avaient d'ailleurs exercé une autre spécialité pendant 9 ans en moyenne avant d'entrer dans la spécialisation de médecine du travail.

La motivation des médecins pour exercer la médecine du travail était également différente selon les deux groupes. On peut considérer que l'ensemble des médecins issus du concours E était motivé par l'exercice de la discipline, puisqu'ils avaient choisi de s'inscrire à un concours spécifique. Pour les médecins issus du concours C, pour lesquels le choix de spécialité est fonction du rang de classement au concours, plus de la moitié déclarait que la médecine du travail était leur choix initial. Au total, 75,5 % des médecins avaient donc choisi de se spécialiser en médecine du travail. Ce fort pourcentage est étonnant considérant le très faible niveau de formation dans cette discipline pendant le cursus du deuxième cycle des études médicales, évalué dans une étude récente à 9 h par étudiant pendant l'ensemble de ses 6 premières années d'étude (2). Ceci ne permet pas aux étudiants de connaître cette spécialité et ne favorise donc pas une éventuelle orientation de carrière dans ce sens (3). En dépit de cette pauvreté de l'enseignement théorique en deuxième cycle des études médicales et de l'absence de stages pratiques en médecine du travail lors des premiers et deuxièmes cycles des études médicales, certaines vocations pour cette discipline éclosent donc pourtant. Elles sont parfois liées à une première expérience professionnelle personnelle, en dehors du monde médical, à une histoire familiale ou à un investissement personnel, syndical ou associatif de la part de l'étudiant (4).

Les médecins étaient globalement satisfaits de leur formation initiale en médecine du travail. Trois-quarts d'entre eux jugeaient l'enseignement pratique bon ou assez bon et 14 % des médecins avaient d'ailleurs effectué plus de 4 stages de formation spécifique en médecine du travail durant leur internat. Outre l'acquisition de nouvelles compétences, ces stages permettent au médecin et au service de nouer des contacts, qui se matérialisent fréquemment par l'embauche du médecin à l'issue de sa formation. Les principaux griefs formulés par les médecins sur les stages concernaient la place accordée à l'interne dans certains d'entre eux, avec une priorité donnée aux visites systématiques, au détriment parfois des visites d'entreprises et des actions sur le terrain. Cet écueil devrait toutefois être réduit par le ren-

forcement de l'évaluation de la valeur formatrice des stages d'internes imposée par l'arrêté du 22 septembre 2004.

Les médecins jugeaient globalement plus sévèrement la formation théorique, puisque 37 % estimaient qu'elle les avait insuffisamment préparés à leur exercice professionnel. Il est intéressant de rapprocher ces résultats de ceux de l'étude de Piotet menée en 1996 auprès de médecins du travail issus principalement du CES, dans laquelle 36 % des médecins interrogés répondaient que la formation ne les avait pas du tout préparés à leur exercice actuel (4). Il importe, dans une perspective d'amélioration, de s'interroger sur les motifs de cette insatisfaction. Il n'existait pas de différence significative entre les régions et il est donc peu probable que les modalités de l'enseignement théorique (cours magistraux ou tables rondes), assez variables d'une région à l'autre, soient responsables de ces jugements. Le contenu de la formation est plus homogène, puisque précisé réglementairement, et ses lacunes concernant le fonctionnement d'une entreprise, la place du médecin du travail dans cette organisation ou les effets des contraintes psychologiques et organisationnelles portent probablement une part importante dans l'insatisfaction évoquée par le tiers des médecins. Une certaine insatisfaction vis-à-vis de la formation initiale, d'une part, et l'évolution constante des connaissances nécessaires pour exercer correctement le métier de médecin du travail, d'autre part, expliquent que les médecins interrogés étaient d'important consommateurs de formation continue. Ceci avait déjà été observé par Piotet en 1996 (4). Néanmoins, dans notre population, les formations à la toxicologie étaient très majoritaires, alors que les médecins interrogés en 1997 marquaient plus d'intérêt pour un complément de formation en ergonomie. La formation à l'approche des nouvelles pathologies liées aux contraintes psychiques et organisationnelles n'était citée que par un étudiant, alors que cette thématique est désormais considérée comme un des risques professionnels majeurs dans les pays européens.

Près de 9 médecins sur 10 étaient satisfaits de leur mode d'exercice, indiquant que celui-ci correspondait à ce qu'ils espéraient à l'issue de leur formation. Cette forte satisfaction est fréquemment retrouvée dans la population médicale. Ainsi, dans l'étude de Leigh portant sur 12 474 médecins américains, le taux moyen de satisfaction était de 80,7 %. Cette moyenne masque toutefois des différences parfois marquées entre spécialités, certains spécialistes étant significativement plus (pédiatres, dermatologistes) ou moins (internistes, psychiatres, obstétriciens) satisfaits que la moyenne (5). D'autres études ont été réalisées par

groupes professionnels, montrant des taux de satisfaction de 88 % pour les dermatologues californiens, 75 % pour des psychiatres américains, ou en utilisant des approches plus quantitatives auprès de médecins norvégiens, généralistes ou spécialistes (6-9). Dans notre étude, 13 % des médecins se déclaraient insatisfaits par leur exercice professionnel. De plus, quelques médecins, bien que satisfaits de leurs conditions d'exercice, exprimaient néanmoins des motifs d'insatisfaction. Les déterminants de cette insatisfaction apparaissaient dans les réponses ouvertes et étaient principalement liés à l'autonomie du médecin et aux difficultés de la pratique dans les entreprises. Ce type de plaintes relatives à l'insuffisance de temps disponible pour les visites des lieux de travail, ainsi qu'à une certaine angoisse vis-à-vis de l'autonomie du médecin du travail dans l'avenir, avait déjà été relevé dans une enquête réalisée en 1996 auprès de 453 médecins du travail français (4). Les données de la littérature suggèrent d'ailleurs que l'autonomie du médecin est un paramètre majeur dans la satisfaction professionnelle, cette autonomie étant définie par la *Society of General Internal Medicine Task Force on Physician Satisfaction* comme la capacité d'un individu à contrôler le contenu et les objectifs (la qualité des soins) de son travail (10). Il n'existait pas dans notre étude de disparités géographiques significatives en terme d'insatisfaction professionnelle, contrairement à ce qui avait été mis en évidence aux Etats-Unis (10).

On ne retrouve pas dans la littérature internationale de données strictement comparables à celles de notre étude sur les médecins du travail, principalement en raison du mode très particulier d'organisation de la santé au travail en France. On peut toutefois mentionner l'étude menée en 1996-1997 auprès de 12 474 médecins américains de 33 spécialités différentes (5). Parmi les 73 médecins du travail qui avaient participé à l'étude, 43,8 % et 15,1 % se déclaraient respectivement très satisfaits et insatisfaits. Ces pourcentages n'étaient pas différents de ceux de la moyenne des autres spécialités. Une étude israélienne s'était intéressée à la satisfaction professionnelle des médecins du travail, mais elle ne portait que sur 81 médecins, avec un mode d'exercice très différent de celui des médecins français (11). Les médecins répondants suivaient entre 20 000 et 30 000 salariés, et seulement un tiers d'entre eux étaient spécialisés en médecine du travail. Aucun taux de satisfaction n'apparaissait dans l'article.

L'insatisfaction des médecins relative à leur exercice professionnel peut avoir des conséquences à plusieurs niveaux. Le premier concerne l'effet sur la qualité du service rendu au patient. Ainsi, dans une étude californienne portant sur des dermatologues, Weinberg

avait observé une forte corrélation entre la satisfaction du médecin pour son travail et sa capacité perçue à délivrer des soins de qualité, à utiliser aux mieux ses compétences et en acquérir de nouvelles (6). Indépendamment de cette perception, il a été montré que les médecins satisfaits de leur environnement de travail avaient une plus forte probabilité d'être efficaces dans leur travail (12,13). Les relations entre le degré de satisfaction professionnelle des médecins et la satisfaction des patients ont été moins étudiées, mais Hass avait observé une relation sensible entre le niveau de satisfaction du patient et celui de son médecin en comparant les réponses de 2 620 patients et de 166 médecins internistes de la région de Boston (14). Bien que ce type de relation n'ait pas été, à notre connaissance, étudié en médecine du travail, les effets potentiels d'une insatisfaction professionnelle de ces médecins peuvent être similaires, en particulier en France où chaque salarié doit avoir un médecin du travail, dont il ne peut facilement changer.

Si l'insatisfaction des médecins peut avoir un effet délétère sur la qualité du service rendu, elle peut également avoir comme conséquences un abandon d'activité ou une diminution de l'investissement professionnel. Ainsi, dans une étude portant sur 16 681 médecins américains suivis pendant 2 ans, une relation significative a été mise en évidence entre un faible niveau de satisfaction des médecins et le fait d'abandonner la pratique médicale ou de réduire le temps consacré à cette pratique (15). L'insatisfaction professionnelle est bien sûr un déterminant potentiel fort pour un abandon de la spécialité, mais il n'est pas le seul. Ainsi, les médecins internistes et les psychiatres étaient les moins sujets à quitter leur discipline dans l'étude de Landon, alors que Leigh avait montré quelques années auparavant que ces spécialistes étaient significativement moins satisfaits de leur exercice professionnel que la moyenne des médecins américains (5, 15). Dans notre étude, tous les médecins insatisfaits de leur exercice professionnel n'envisageaient pas de quitter la spécialité, alors que 6 médecins se déclaraient satisfaits et souhaitaient pourtant changer de spécialité.

Enfin, l'insatisfaction professionnelle, reposant sur des plaintes relatives à l'absence d'autonomie, au manque de reconnaissance ou à la difficulté d'accomplir les missions prescrites, est un facteur de risque connu d'altération de la santé, y compris chez les médecins (16).

Le pourcentage de médecins ayant quitté la spécialité s'établit à 9,2 % si l'on inclut les non répondants au questionnaire. La *fuite* observée est donc réelle, mais limitée. Elle devient plus préoccupante si l'on ajoute à

ce taux les 8,5 % de médecins qui indiquaient envisager de changer de spécialité à moyen ou à long terme, ce qui porte à 17,7 % le pourcentage de médecins du travail qui, à l'issue de leur formation qualifiante, quittent la spécialité ou indiquent envisager de le faire. Les 5,8 % de médecins qui se déclaraient indécis pourraient, par ailleurs, être comptabilisés dans ce taux de *fuite*. Le fait que les médecins interrogés aient une ancienneté professionnelle faible pourrait conduire à une sous-estimation de la fuite potentielle. Néanmoins, il apparaît dans certaines études que la mobilité professionnelle concerne surtout les jeunes médecins, et cette éventuelle sous-estimation, bien que possible, apparaît peu probable (17). Bien qu'aucune étude ne se soit, à notre connaissance, intéressé à cette fuite réelle ou potentielle de médecins du travail, ce paramètre a déjà été étudié pour d'autres spécialités, en France et dans d'autres pays. En 1999, le ministère de l'emploi et de la solidarité avait ainsi constaté que, sur 94 746 omnipraticiens, 16 525 avaient un exercice autre que celui de la médecine générale, soit 17,5 % (18).

Dans une population de 16 681 médecins américains suivis pendant deux ans, 2,8 % avaient cessé volontairement leur activité, et 3 % avaient réduit cette activité à moins de 20h par semaine (15). Par ailleurs, une enquête réalisée auprès de 1 939 médecins généralistes et spécialistes américains, à la fin des années 90, montrait que 27,1 % des médecins toutes spécialités confondues envisageaient sérieusement ou modérément de quitter leur poste dans les deux ans à venir et de ne plus exercer la médecine dans les cinq ans (17). Certaines spécialités sont plus touchées que d'autres. Ainsi, en 1992, dans une population de 1 350 médecins urgentistes américains, 12,4 % indiquaient qu'il était probable ou très probable qu'ils quittent cette spécialité dans l'année, et 42,9 % envisageaient cette issue à échéance de 10 ans (19).

La *fuite* de médecins du travail à l'issue de la formation ou dans les premières années d'exercice apparaît donc limitée, et dans des proportions comparables à celles d'autres disciplines. Dans leur grande majorité, les médecins ayant participé à l'étude exercent une spécialité qu'ils ont choisie, dans des conditions satisfaisantes et après une formation jugée adaptée. Ils sont d'ailleurs restés fidèles à leur région de formation, puisque 77 % d'entre eux étaient restés dans celle-ci pour exercer. Cet attachement à la région d'origine ou de formation n'est d'ailleurs pas spécifique à la médecine du travail et avait déjà été observée pour les médecins issus de la faculté de Lyon-Sud (*Chaleur Y. Devenir des médecins issus de la faculté Lyon-Sud. Étude démographique et professionnelle portant sur*

658 médecins ayant soutenu leur thèse entre 1990 et 2000. Thèse de médecine. Faculté Lyon-Sud. 2002).

Néanmoins, et en dépit du fort pourcentage de médecin souhaitant continuer son activité professionnelle en médecine du travail, le nombre de médecins du travail est et restera déficitaire en France, compte tenu de la législation actuelle. Cette situation n'est pas unique dans les pays développés. Elle avait déjà été pointée aux États-Unis dans les années 80, avec un déficit estimé entre 4 600 et 6 700 médecins du travail, et s'est aggravée depuis (3,20). La réaction à ce déficit de médecins spécialisés a conduit, en France comme aux États-Unis à la création par les pouvoirs publics de voies complémentaires de formation, plus courtes et non diplômantes (3). La pérennisation d'une telle démarche risquerait d'aboutir à la coexistence de médecins ayant des compétences sensiblement différentes. En effet, une formation initiale incomplète ne peut être complètement comblée par la formation continue, et il a été montré que les médecins du travail avec une formation initiale solide avaient un mode d'exercice plus riche, avec une meilleure application des compétences, que les médecins s'étant formés progressivement en cours d'exercice (21). Cette disparité des compétences est toutefois déjà observée dans de nombreux pays. Ainsi, les médecins du travail issus d'une formation diplômante complète sont minoritaires dans leur spécialité aux États-Unis. En 1985, seulement 23 % des médecins du travail américains étaient spécialistes en médecine du travail et 48 % n'avaient aucune formation initiale dans ce domaine (22). En Angleterre, une étude récente menée auprès de 553 membres de la *British Society of Occupational Medicine* mettait en évidence que 13 % des médecins en exercice n'avaient aucune formation (23). En Finlande, en 2005, 6 % des médecins du travail en exercice n'avaient aucune formation et 27 % n'avaient reçu qu'une formation de 7 semaines (24). La situation française actuelle est donc finalement meilleure, en dépit d'un déficit certain, puisque les médecins en exercice ont presque tous bénéficié d'une formation, par l'Internat, par le CES, voire par les diverses mesures de rattrapage mises en place ces dernières années.

Les médecins interrogés dans cette étude, titulaires du DES de médecine du travail, apparaissent majoritairement satisfaits de leurs conditions d'exercice et de leur formation. Peu de médecins ont quitté la spécialité à l'issue de leur formation, mais un certain nombre envisage encore de le faire, en particulier en fonction de l'évolution de la discipline secondaire à la réforme de la médecine du travail. Une formation initiale de qualité, dans le cadre du DES de médecine du travail,

devrait permettre de préparer les futurs médecins à ces changements attendus de leur environnement professionnel. Cette formation mérite néanmoins d'être modernisée, en particulier la formation théorique, et des travaux sont en cours dans ce domaine sous l'égide du Collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail.

Remerciements

Les auteurs de cette étude remercient les coordinateurs de DES pour leur aide, l'Institut universitaire de médecine du travail de Paris-Ile-de-France pour son soutien financier et l'ensemble des médecins participants.

Références

1. Ordre National des médecins. Effectifs par discipline et par département 2005. Médecine du travail. <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/medtravail38.pdf>. Page consultée le 17 mai 2006.
2. Gehanno J.F., Choudat D., Caillard J.F. : Enseignement de la médecine du travail en deuxième cycle des études médicales en France. *Arch Mal Prof Env*, 2005 ; 66 : 313-7.
3. LaDou J. : The rise and fall of occupational medicine in the United States. *Am J Prev Med*, 2002 ; 22 : 285-95.
4. Piotet F., Correia M., Lattes C., Moisan A. : Entre profession et métiers : les médecins du travail. *Arch Mal Prof*, 1997 ; 58(Suppl 1) : 62-129.
5. Leigh J.P., Kravitz R.L., Schembri M., Samuels S.J., Mobley S. : Physician career satisfaction across specialties. *Arch Intern Med*, 2002 ; 162 : 1 577-84.
6. Weinberg D.J., Engasser P.G. : Dermatologists in Kaiser Permanente-northern California. Satisfaction, perceived constraints, and policy options. *Arch Dermatol*, 1996 ; 132 : 1057-63.
7. DeLisa J.A., Kirshblum S., Jain S.S., Campagnolo D.I., Johnston M., Wood K.D., Findley T. : Practice and career satisfaction among physiatrists. A national survey. *Am J Phys Med Rehabil*, 1997 ; 76 : 90-101.
8. Nylenna M., Gulbrandsen P., Forde R., Aasland O.G. : Job satisfaction among Norwegian general practitioners. *Scand J Prim Health Care*, 2005 ; 23 : 198-202.
9. Nylenna M., Gulbrandsen P., Forde R., Aasland O.G. : Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002. *BMC Health Serv Res*, 2005 ; 5 : 44.
10. Landon B.E., Reschovsky J., Blumenthal D. : Changes in career satisfaction among primary care and specialist physicians, 1997-2001. *JAMA*, 2003 ; 289 : 442-9.
11. Kushnir T., Melamed S., Ribak J. : Occupational physicians in Israel : work structure, job and personal characteristics, and job satisfaction. *J Occup Environ Med*, 1997 ; 39 : 874-81.
12. Lichtenstein R. : Measuring the job satisfaction of physicians in organized settings. *Med Care*, 1984 ; 22 : 56-68.
13. Levinsky N.G. : Recruiting for primary care. *N Engl J Med*, 1993 ; 328 : 656-60.
14. Haas J.S., Cook E.F., Puopolo A.L., Burstin H.R., Cleary P.D., Brennan T.A. : Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*, 2000 ; 15 : 122-8.
15. Landon B.E., Reschovsky J.D., Pham H.H., Blumenthal D. : Leaving medicine : the consequences of physician dissatisfaction. *Med Care*, 2006 ; 44 : 234-42.
16. Sundquist J., Johannsson S.E. : High demand, low control and impaired general health : working conditions in a sample of swedish general practitioners. *Scand J Pub Health*, 2000 ; 28 : 123-31.
17. Pathman D.E., Konrad T.R., Williams E.S., Scheckler W.E., Linzer M., Douglas J. : Physician job satisfaction, dissatisfaction, and physician turnover. *J Fam Pract*, 2002 ; 51 : 593. Available online : <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=1243&UID>.
18. Sicart D. : La démographie médicale future, estimations au 1^{er} janvier 2002. *DREES Collection statistiques*, 2000 ; 14 ; 1-84.
19. Gallery M.E., Whitley T.W., Klonis L.K., Anzinger R.K., Revicki D.A. : A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann Emerg Med* 1992 ; 21 : 58-64.
20. Castorina J.S., Rosenstock L. : Physician shortage in occupational and environmental medicine *Ann Intern Med*, 1990 ; 113 : 983-6.
21. Harber P. : Influence of residency training on occupational medicine practice patterns. *J Occup Environ Med*, 2005 ; 47 : 161-7.
22. Pearson R.J., Kane W.M., Keimowitz H.K. : The preventive medicine physician : a national study. *Am J Prev Med*, 1988 ; 4 : 289-97.
23. Turner S., Hobson J., D'Auria D., Beach J. : Continuing professional development of occupational medicine practitioners : a needs assessment. *Occup Med*, 2004 ; 54 : 14-20.
24. Manninen P., Piirainen H. : Evaluation of the qualification of occupational health professionals provides clues on how to develop their training. *Työterveys Newsletter* 2005 ; 2 : 12-4.