

Human resources

Pourquoi certains médecins abandonnent-ils la profession?

Professeur Vincent Lorant, Caroline Artoisenet et Isabelle Violet (Ecole de Santé Publique, SES-UCL)

L'UCL-SESA a mené une étude prospective portant sur les activités de 19.840 médecins spécialistes et généralistes pendant une période de 8 ans (1994-2002). Effet probable de l'âge à partir de 55 ans, 4,3% d'hommes demeurent plus actifs que les femmes. Sous l'angle des spécialités, les taux de cessation d'activité divergent. Ainsi, il est supérieur à 3% pour les généralistes non agréés, mais paradoxalement aussi pour les spécialistes (chirurgiens, orthopédistes et anesthésistes), qui ont fait les études les plus longues. Aux sorties précoces, le professeur Vincent Lorant, Caroline Artoisenet et Isabelle Violet apportent une tentative d'explication.

Introduction

Un récent numéro des *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* (n°2, Avril-Juin 2007) a été consacré à l'analyse des ressources humaines du système de santé en Belgique. Ce numéro, publié sous l'égide et avec le concours de l'Unité de recherche «Socio-Economie de la Santé» de l'UCL, décline les aspects d'offre, de demande et de besoins en soins de santé à travers différents indicateurs: rétention des diplômés en

médecine dans le système de santé et le secteur curatif, facteurs de (sous)-consommation de soins médicaux, nature et ampleur des besoins en médecine dentaire, ampleur des soins informels et caractéristiques des aidants.

L'article de Vincent Lorant et al se concentre sur le suivi prospectif de médecins pendant 8 années (1994-2002) et pose la question suivante: «*Que deviennent les médecins en cours de carrière?*»

L'objectif de l'étude est d'observer, en Belgique, les changements de secteur d'activité des médecins au cours de cette période: arrêt d'activité au sein du système de santé et transitions entre les secteurs d'activités curatives et non-curatives. Ces arrêts et transitions sont également analysés par groupe de spécialités médicales et par groupe démographique selon l'âge et le sexe.

Les données analysées proviennent du registre des professions médicales du Centre Universitaire d'Informations sur les Professions Médicales et/ou Paramédicales (CIPMP). Ce registre est alimenté par diverses sources d'informations telles que l'Inami, le Ministère de la Santé publique, les universités, les unions mutualistes, les conseils provinciaux de l'Ordre des médecins ou les annuaires téléphoniques. Y sont répertoriés les médecins, belges ou étrangers, détenteurs d'un grade légal belge ou ayant obtenu une autorisation légale d'exercer en Belgique. Toutes les activités recensées proviennent de relevés publics et concernent strictement le travail accompli dans le domaine de la santé. Chaque activité en santé recensée dans le registre est localisée dans sa commune d'exercice. Le domicile privé des médecins n'est pas retenu dans les observations.

Vincent Lorant



Caroline Artoisenet



Isabelle Violet



Tableau 1: Arrêt d'activité entre 1994 et 2002 de médecins actifs en 1994: pourcentage par genre et classe d'âge.

Groupe d'âge en 2002	Groupe d'activité en 02							Total N	%
	Actif en Belgique Sexe		Inactif Sexe		Actif à l'étranger Sexe				
	Homme %	Femme %	Homme %	Femme %	Homme %	Femme %			
<45	96,7	96,0	0,6	1,2	2,7	2,8	3.916	100	
45-54	97,4	96,7	0,9	2,0	1,7	1,3	10.755	100	
55-64	94,3	90,0	4,8	8,8	0,9	1,2	5.169	100	
Total	96,3	95,5	2,0	2,7	1,6	1,8	19.840	100	

Tableau 2: Arrêt d'activité entre 1994 et 2002 de médecins actifs en 1994: pourcentage par groupe de spécialités.

Groupe de spécialités en 1994	Statut d'activité en 2002			Total N	%
	Actif en Belgique %	Inactif %	Actif à l'étranger %		
Anesthésie	94,3	3,2	2,5	681	100
Chirurgie générale & spécialisées, urologie, stomatologie	94,1	3,2	2,7	1.160	100
Gynécologie-obstétrique	97,4	1,8	0,8	606	100
Médecine interne générale & spécialisées	96,7	2,2	1,1	2.002	100
Pédiatrie (pneumo-gastro-cardio-rhumato-physio)	95,6	2,3	2,1	611	100
Neurologie & psychiatrie	96,0	1,7	2,3	1.116	100
Radiodiagnostic, radiothérapie, biologie clinique, anapath, médecine nucléaire	96,1	2,8	1,1	1.392	100
Ophtalmologie, ORL, dermatologie	96,7	2,6	0,7	1.032	100
Orthopédie	95,3	3,2	1,6	380	100
Généralistes non agréés	91,4	3,4	5,2	2.649	100
Généralistes agréés	97,9	1,5	0,6	8.211	100
Total	96,1	2,2	1,7	19.840	100

Lorsqu'un médecin exerce plusieurs activités, son «temps plein» est fractionné en parts égales sur chacune d'entre elles; en l'absence d'information quant au temps de travail réel passé à chaque activité, cette méthode permet de pondérer les diverses activités de chaque médecin. La méthodologie générale du registre peut être consultée à la page <http://www.sesa.ucl.ac.be/cipmp>. L'étude prospective, présentée ici, se concentre sur les évolutions en cours de carrière et à cette fin, n'inclut que les médecins déjà spécialistes ou généralistes en 1994 qui, de plus, étaient actifs dans le système de santé depuis au moins cinq ans à dater de la sortie de leurs études (cursus fondamental augmenté du temps de spécialisation). La population observée exclut donc tous les jeunes médecins, ceux âgés de plus de 56 ans en 1994 (ou de plus de 64 ans en 2002) ainsi que ceux décédés entre 1994 et 2002. L'étude porte donc sur les changements dans l'activité des médecins qui, en 1994, étaient âgés de moins de 57 ans et étaient actifs dans le système de santé belge depuis au moins cinq ans.

En 1994, la Belgique comptait 23.200 médecins de moins de 57 ans et diplômés depuis au moins cinq ans. Parmi ceux-ci, 20.717 (soit 89,3%) étaient actifs dans le système de santé belge en 1994. Après exclusion des médecins décédés ainsi que des praticiens étrangers qui n'ont fait qu'un bref passage en Belgique (par exemple pour se spécialiser) et qui n'y exercent plus, de 1994 à 2002, nous conservons 19.840 médecins.

Actif: jusqu'à quel âge?

Après 8 ans de carrière (soit en 2002), 96,3% des hommes et 95,5% des femmes préalablement actifs dans le système de santé en Belgique le sont restés au cours des huit années étudiées et seulement 2% des hommes et 2,7% des femmes supplémentaires ont abandonné toute activité de santé en Belgique (Tableau 1). Dans le même temps, au moins 1,6% des hommes et 1,8% des femmes sont partis à l'étranger. Parmi les effectifs étudiés, moins d'un médecin sur vingt a donc cessé toute activité dans le système de santé belge au cours des huit

années observées. Ces résultats sont proches de ceux trouvés en Grande-Bretagne (Lambert TW and Goldacre MJ, 1998), mais plus élevés que ceux observés aux USA (Landon BE, et al. 2006).

Cette proportion diffère selon l'âge: parmi ceux atteignant 55-64 ans: plus de neuf médecins actifs dans le système de santé sur dix le sont restés. Jusqu'à 54 ans, les femmes actives le sont restées dans la même proportion que les hommes. Cependant, à partir de 55 ans, nous observons une petite différence de 4,3% entre hommes et femmes, les hommes demeurant plus souvent actifs que les femmes. Cela suggère que la différence de cessation d'activité entre hommes et femmes est vraisemblablement liée à un effet d'âge.

Dans le système de santé belge, en 2002, toutes les spécialités ne présentaient pas le même taux de cessation d'activité parmi les cohortes étudiées: supérieur à 3% pour les généralistes non-agrégés (1), les spécialités chirurgicales (2), l'orthopédie et l'anesthésie, il se réduit à 1,5% pour les généralistes agréés (Tableau 2).

Tableau 3: Transition dans le secteur d'activité entre 1994 et 2002: transition par groupes d'âge.

Groupe d'âge en 2002	Secteur d'activité en 1994	Secteur d'activité en 2002				Total N	%
		Curatif seul %	Non curatif %	Panachage %	Indéterminé %		
<45	Curatif seul	85,4	3,4	7,8	3,4	2.784	100
	Non curatif	5,0	85,9	5,0	4,2	361	100
	Panachage	13,5	7,7	77,9	0,9	444	100
	Indéterminé	36,0	35,6	5,0	23,4	239	100
45-54	Curatif seul	90,8	1,7	5,5	2,0	8.070	100
	Non curatif	3,7	89,0	4,9	2,4	711	100
	Panachage	20,5	8,1	70,3	1,1	1.348	100
	Indéterminé	42,3	18,5	2,4	36,8	421	100
55-64	Curatif seul	91,9	1,1	4,8	2,2	3.662	100
	Non curatif	4,5	85,9	6,7	3,0	269	100
	Panachage	21,1	6,1	71,8	1,1	826	100
	Indéterminé	38,0	16,3	3,1	42,6	129	100

Tableau 4: Risque d'arrêt de toute activité curative après 8 ans de carrière (1994-2002): résultats de la régression logistique.

	Odds ratio	95% CI	Sig
Age			
35-44 (référence)	1,0	.	
45-54	1,44	(1,28 , 1,62)	***
55-64	2,16	(1,88 , 2,48)	***
Spécialité			
Généralistes agréés (ref)	1,0	.	
Anesthésie	1,06	(0,82 , 1,37)	
Chirurgie générale & spécialisées, urologie, stomatologie	1,38	(1,13 , 1,67)	**
Gynécologie-obstétrique	0,55	(0,39 , 0,79)	**
Médecine interne générale & spécialisées (pneumo-gastro-cardio-rhumato-physio)	0,85	(0,71 , 1,02)	
Pédiatrie	0,91	(0,69 , 1,19)	
Neurologie & psychiatrie	0,92	(0,74 , 1,15)	
Radiodiagnostic, radiothérapie, biologie clinique, anapath, médecine nucléaire	1,41	(1,18 , 1,68)	***
Ophtalmologie, ORL, dermatologie	0,34	(0,25 , 0,46)	***
Orthopédie	0,65	(0,42 , 1)	
Genre			
Homme (ref)	1,0	.	
Femme	2,08	(1,89 , 2,29)	***

* = risque d'être inactif dans le secteur curatif.

** = significatif < 0,001

*** = significatif < 0,01

La différence entre les taux de cessation d'activité dans le système de santé de certaines spécialités par rapport aux médecins généralistes agréés, bien que faible (maximum 3.8%), peut paraître étonnante de prime abord. En effet, la durée des spécialisations (de 4 à 6 ans) retarde l'indépendance financière des médecins spécialistes, leur occasionnant un manque à gagner qui devrait, en théorie, être compensé par un retrait plus tardif du marché du travail. Or, nos données montrent au contraire qu'à âge constant, l'une des spécialités dont la durée des études est des plus longues (chirurgie) se retire précocement du marché du travail. Ce résultat n'est cependant pas propre à la

Belgique et s'explique sans doute par le fait que les spécialistes ont un niveau de revenus plus élevé que les généralistes. Une étude menée auprès des médecins britanniques du NHS diplômés en 1977 montre ainsi que les médecins hospitaliers sont plus nombreux (26%) à envisager une retraite précoce que les médecins généralistes (20%) (Davidson JM, et al. 1998). Des résultats similaires sont également observés aux USA, où le risque de retraite anticipée est de 60% plus élevé chez les chirurgiens (Landon BE, et al. 2006). Par ailleurs, Lipner a montré que 21% des spécialistes en médecine interne quittaient précocement leur discipline (Lipner RS, et al. 2006).

Secteur d'activité: stabilité assurée?

Les médecins ayant moins de 45 ans en 2002 et exclusivement actifs dans le secteur curatif en 1994, le restent en 2002 pour 85% d'entre eux (Tableau 3). Le solde (7,8%) se dirige majoritairement vers une alliance d'activités curative et non-curative. La stabilité des médecins dans une pratique exclusivement curative croît légèrement en deuxième partie de carrière: à partir de 45 ans (âge en 2002), près de neuf médecins sur dix actifs dans le secteur curatif le sont restés. Pour ceux actifs au départ dans une fonction non curative, on observe une

stabilité de la carrière similaire à celle de la carrière curative: de 85.9% à 89% selon les groupes d'âge.

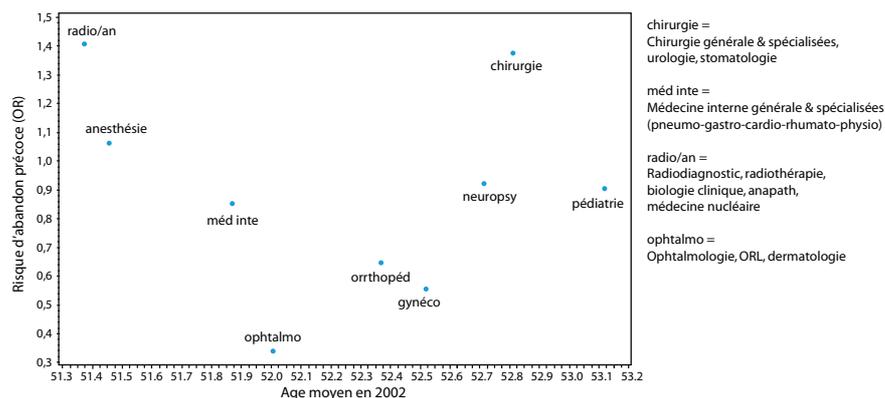
Une régression logistique (Tableau 4) permet d'observer que, d'une part, les spécialités chirurgicales ainsi que les spécialistes en imagerie et biopathologie ont plus de risque d'arrêter toute activité curative (au cours des 8 années étudiées) que les généralistes agréés – contrairement aux gynécologues, ophtalmologues, ORL ou dermatologues – et que, d'autre part, les femmes actives en pratique curative ont deux fois plus de risque que les hommes d'arrêter ce type d'activité.

Abandon: un choix réfléchi et à réfléchir

Plusieurs études se sont penchées sur les raisons du phénomène de sortie de la profession médicale. Déjà en 1999, une enquête réalisée auprès de jeunes Anglais, récemment diplômés en médecine, pointait comme principaux motifs d'abandon les conditions de travail, la durée de travail, la rémunération et la satisfaction professionnelle (Moss PJ, et al. 2004). Ces résultats semblent corroborés, aux USA, dans une étude longitudinale qui suggère que les principales sources d'insatisfaction des médecins américains sont, d'une part, les limites croissantes à leur autonomie clinique et, d'autre part, le rythme de travail (Landon BE, et al. 2003). Dans une récente revue de la littérature, les raisons personnelles, les raisons économiques, les raisons liées à la profession ou celles liées à l'organisation du travail sont également mises en exergue (Misra-Hebert AC, et al. 2004).

En Belgique, nous disposons de peu de données pour étayer ces hypothèses explicatives. Néanmoins, une étude qualitative récente confirme certaines de ces hypothèses: les médecins sont nombreux à se plaindre des tracasseries administratives et du contrôle qui pèsent sur leur travail (Deliège D, 2004). Par ailleurs, une étude sur les niveaux de «mal-emploi» a révélé que le risque relatif d'abandonner la pratique en cabinet est nettement plus faible pour les hommes, pour les spécialistes et quand le mode d'installation implique plus étroitement le médecin (Antoine, et al. 2003). Interrogés sur les raisons d'abandon de la pratique privée en cabinet, les médecins

Figure 1: Risque d'arrêt de toute activité curative et âge moyen par spécialité des médecins âgés de moins de 65 ans en 2002.



avancent surtout l'incompatibilité avec la vie de famille, le rythme de vie et de travail, ensuite, une opportunité ailleurs et, enfin, l'insuffisance de revenus. Seuls quelque 20% d'entre eux signalent ne pas avoir eu suffisamment de patients (= 1,2% de l'ensemble). Dans une perspective de régulation des ressources humaines en médecine, le suivi des professions doit considérer conjointement le risque d'arrêt de toute activité curative et l'âge moyen de la population médicale étudiée. Plus une catégorie de spécialistes sera âgée tout en manifestant un fort risque d'arrêt précoce, plus une période de pénurie sera à craindre. Sur base de notre analyse, les médecins des spécialités chirurgicales semblent constituer le groupe présentant le plus grand risque de retrait précoce du marché du travail (Figure 1 en odds ratio où la médecine générale = 1).

Conclusion

Nos résultats doivent néanmoins être considérés avec prudence car tant nos données que notre analyse présentent certaines limites. En effet, nous ne disposons pas du nombre d'heures de travail ni du nombre de patients vus, de sorte que l'ampleur de l'activité médicale curative est inconnue. Or, il est vraisemblable qu'une proportion significative de médecins ne travaillent pas à temps plein dans ce secteur d'activité. En outre, nos critères de sélection excluent les cohortes les plus jeunes (les «pertes» à la sortie des études), les pertes antérieures à 1994 ainsi que les retraites à l'âge «normal» (65 ans), ce qui limite les comparaisons avec les études internationales.

En guise de conclusion, nous relèverons que le risque d'arrêter toute pratique curative parmi les diplômés en médecine est

suffisamment important pour qu'il soit pris en considération dans la régulation des ressources humaines, et ce d'autant plus qu'il touche des spécialités dont la durée de formation est particulièrement longue. Des études qualitatives permettraient de mieux comprendre les raisons de ces sorties précoces. En outre, un mécanisme d'observation d'arrêt de pratique curative, du choix des activités professionnelles ou des cessations d'activité en cours de carrière permettrait d'appuyer les efforts de régulation de l'offre médicale.

Notes

1. Les généralistes «non-agrégés» sont des médecins, possédant un diplôme de Docteur en Médecine, Chirurgie et Accouchement, qui n'ont pas suivi de formation complémentaire pour se spécialiser en médecine générale. Ils incluent tous ceux qui, avant 1994, portaient d'office ce titre au sortir de leurs études, quelle que soit l'activité exercée.
2. Dans notre étude, ce groupe comprend les spécialités de chirurgie générale ou spécialisées, urologie et stomatologie.

Bibliographie disponible sur demande

En tant que médecins, vous faites partie de traitements automatisés, gérés par le Centre universitaire d'Information sur les professions médicales, sous la direction scientifique de l'UCL (SESA). Ces données sont destinées à établir des statistiques, à diffuser de l'information scientifique et à établir des échantillons en vue d'enquêtes scientifiques. Vous pouvez demander à vérifier les données qui vous concernent et les faire corriger. Vous pouvez demander à ne pas figurer parmi les destinataires d'information scientifique, ni à faire partie d'échantillons d'études composés sur base des données de ce Centre. Le traitement est enregistré auprès de la Commission de Protection de la vie privée (n° de dossier: 00392057). Diverses informations relatives à ce registre et à l'offre médicale en Belgique sont disponibles sur le site web suivant: <http://www.sesa.ucl.ac.be/cipmp>