

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 2012

THÈSE N°2012-TOUS-1088

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

présentée et soutenue publiquement

le 20 Novembre 2012

par Lara VOLLE-COUDERC

**LES RÉPERCUSSIONS DE LA MALADIE CHRONIQUE DU MÉDECIN
GÉNÉRALISTE SUR SON EXERCICE. ENQUÊTE AUPRÈS DE 111
MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX.**

DIRECTEUR DE THÈSE: Dr Jean-Paul ALRIC

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur	Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur	Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur	Jean-Christophe POUTRAIN	Assesseur
Monsieur le Docteur	Michel BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur	Jean-Paul ALRIC	Membre invité

À notre Président de jury

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Professeur des Universités,
Médecin généraliste

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

À mon Directeur de thèse et membre de jury

Monsieur le Docteur Jean-Paul ALRIC
Médecin généraliste

Je vous remercie pour votre soutien à la réalisation de ce travail ainsi que votre patience.

Veillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À notre jury

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Professeur associé de médecine générale,
Médecin généraliste

Nous vous adressons nos remerciements les plus respectueux, et sommes très touchés de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Professeur associé de médecine générale,
Médecin généraliste

Vous avez accepté de juger notre travail.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH
Maître de conférence associé de médecine générale,
Médecin généraliste

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

Merci,

À mes parents et mes sœurs, pour leur soutien sans faille.

À mes enfants Carla et Louise pour leur amour, leur joie de vivre et leur patience.

Et à Romain, pour ta disponibilité, ton aide et ton soutien tout au long de ces années d'études.

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	2
1. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	4
1.1. Résumé du protocole.....	4
1.2. Objectif.....	4
1.3. Caractéristiques de l'étude.....	4
1.4. Population de l'étude.....	4
1.5. Déroulement de l'enquête.....	5
1.6. Questionnaire.....	6
1.7. Recueil des données.....	7
1.8. Analyse des résultats.....	8
2. RÉSULTATS.....	9
2.1. Participation.....	9
2.2. Caractéristiques personnelles des médecins répondants.....	9
2.3. Caractéristiques professionnelles.....	11
2.4. Couverture santé et prévoyance.....	17
2.5. Maladie chronique.....	19
2.6. Commentaires des médecins interrogés.....	24
3. DISCUSSION.....	26
3.1. Limites de l'enquête.....	26
3.2. Description de la population étudiée.....	27
3.3. Caractéristiques professionnelles.....	29
3.4. Couverture santé et prévoyance.....	35
3.5. Maladie chronique	37
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
ANNEXES.....	49
ANNEXE 1: LETTRE D'INTRODUCTION.....	49
ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE	50
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	54
TABLE DES TABLEAUX.....	55

ABRÉVIATIONS

AT: Arrêt de Travail

C: Consultation

CARMF: Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM: Conseil De l'Ordre des Médecins

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES: Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IJ: Indemnités Journalières

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

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

MEP: Médecine à Exercice Particulier

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

V: Visite

INTRODUCTION

La maladie du médecin est un sujet tabou, souvent entourée de déni, elle est tue.

La conscience professionnelle, le sens du devoir envers ses confrères et ses patients, la spécificité de l'exercice libéral (précarité des assurances personnelles, la recherche de remplaçants, la peur de perdre des patients, la difficulté à reporter des consultations) conduisent le médecin à travailler en étant malade.

Travailler c'est rester médecin et ne pas se reconnaître malade.

La perte de l'image du médecin toujours en forme, jamais malade, est très difficile à vivre [19]. Le médecin a besoin de renvoyer une image de contrôle des situations et de lui-même, et presque d'invulnérabilité (« Ça va docteur ? Oh oui, vous ça va toujours ! »).

Il s'agit de ce que Stoudemire appelle « le complexe de l'homme de fer » [27].

Une étude a été réalisée par une économiste pour connaître la raison principale des très faibles revenus de certains médecins généralistes libéraux, son hypothèse de départ et sa conclusion ont été uniquement que ces médecins choisissaient d'augmenter leur temps de loisir au détriment de leur temps de travail mais elle ne s'est pas posée la question de savoir s'il y avait une autre raison, notamment des contraintes liées à une maladie [26].

Cette approche a également été celle de l'enquête de la DREES pour connaître les motivations de la cessation d'activité libérale des médecins généralistes [31].

De nombreux travaux ont été réalisés sur l'état de santé des médecins généralistes, sur la prise en charge de leurs maladies, la prévention ou les addictions. Des études ont également concerné les conséquences de cette maladie sur la prise en charge globale du patient [13].

Il ressort néanmoins de la littérature que peu d'études à ce jour ne se sont posées la question des répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste libéral sur son exercice.

Pour répondre à cette question, et éventuellement rechercher quelques pistes d'amélioration, nous avons élaboré un questionnaire et réalisé une enquête auprès des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

Dans une première partie nous présenterons notre étude, puis dans une seconde partie nos résultats que nous discuterons.

1. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1.1. Résumé du protocole

Cette étude a été réalisée sous la forme d'une enquête descriptive en deux parties (voir Annexe Questionnaire p. 50):

- une première partie commune à tous les médecins sur leurs caractéristiques personnelles et professionnelles.
- une deuxième partie pour les médecins ayant une maladie chronique et concernant la gestion de leur maladie.

1.2. Objectif

Connaître les répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste exerçant en libéral sur sa pratique.

1.3. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, transversale.

1.4. Population de l'étude

La population cible est représentée par les 3311 médecins généralistes exerçant en activité libérale ou mixte dans la région Midi-Pyrénées au 1er janvier 2011.

Les critères d'inclusion ont été les suivants:

- être médecin généraliste et exercer en libéral,
- être atteint d'une pathologie répondant à la définition de la maladie chronique selon la Direction générale de la santé [11], c'est à dire ,
 - présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif ,

- avec une ancienneté de 3 mois à un an, ou supposée comme telle,
- avoir un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne:
 - avoir une limitation fonctionnelle, des activités, de la participation et/ou ;
 - présenter une dépendance vis à vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle et/ou ;
 - avoir besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.

1.5. Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée par voie électronique exclusivement.

Un courrier électronique comportant un lien vers le questionnaire en ligne de l'enquête a été adressé à l'ensemble des médecins généralistes libéraux ayant communiqué leur adresse mail à l'URPS Midi-Pyrénées.

Il contenait un texte explicatif sur le but de l'étude, l'anonymat des réponses ainsi que mes coordonnées pour obtenir des renseignements ou le résultat de l'étude.

Ce courrier a été envoyé mi-juin 2012. Une relance a été effectuée par courrier électronique mi-août 2012.

L'enquête s'est terminée fin août 2012.

1.6. Questionnaire

Le questionnaire comprend 39 questions réparties en cinq sections, quatre communes à tous les médecins répondants et une pour les médecins ayant une maladie chronique. Les questions sont les suivantes:

- Caractéristiques personnelles:
 - année de naissance,
 - sexe,
 - durée d'installation en libéral.
- Caractéristiques professionnelles:
 - population du lieu d'exercice,
 - cadre d'exercice,
 - mode d'exercice,
 - secrétariat,
 - nombre de demi-journées travaillées par semaine, temps de travail hebdomadaire,
 - nombre de semaines de congés annuelles,
 - nombre moyen de consultations par jour, nombre moyen de visites par jour,
 - nombre de gardes par mois, exemption de gardes,
 - nombre de jours de formation par an,
 - devenir de la patientèle en cas d'arrêt de travail.
- Couverture santé et prévoyance :
 - prise en charge des indemnités journalières pré-CARMF,
 - prise en charge des frais professionnels,
 - assurance décès/invalidité,

- assurance dépendance.
- Si présence d'une maladie chronique:
 - nom de la maladie,
 - prise d'un traitement et classe(s) thérapeutique(s),
 - délai d'apparition par rapport à l'installation,
 - suivi médical, fréquence et organisation,
 - existence d'hospitalisations ou d'arrêts de travail, difficultés rencontrées,
 - modification des contrats depuis l'apparition de la maladie,
 - existence d'une surprime et son montant,
 - exclusion de la maladie des contrats,
 - répercussions de la maladie sur le travail,
 - nécessité d'aménagements,
 - satisfaction professionnelle,
 - devenir en cas d'aggravation de la maladie.
- Commentaires libres.

1.7. Recueil des données

Les questionnaires ont été remplis directement sur internet par les médecins généralistes participants.

Le questionnaire a été réalisé par le site de sondage www.sondageonline.com.

Les résultats du sondages ont été exporté du site sous la forme d'un tableau au format libre « ODS ».

1.8. Analyse des résultats

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel de statistiques libre R [24].

Le risque de première espèce a été fixé à 5 %.

La significativité des tableaux croisés (tableaux de contingence) a été calculée à l'aide du test du χ^2 de Pearson.

L'hypothèse d'égalité des moyennes entre sujets ayant une maladie chronique et les autres sujets est testée statistiquement à l'aide du test-T de Welsh lorsque les variances sont inégales et du test-T de Student dans le cas contraire.

2. RÉSULTATS

2.1. Participation

Sur les 1700 questionnaires envoyés, 124 médecins ont répondu, soit un taux de réponse de 7,2 % représentant 3,7% des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées.

Sur 124 participants, 13 n'ont pas répondu à la totalité du questionnaire et ont été exclus des résultats. Les analyses statistiques qui suivent sont donc réalisées sur un échantillon de 111 individus.

Parmi les 111 médecins dont les réponses au questionnaire ont été analysées, 35 déclarent avoir au moins une maladie chronique.

2.2. Caractéristiques personnelles des médecins répondants

2.2.1. Âge

	Tous	Malades	Non malades
Âge moyen (années)	52,59	56,69	50,71
p		< 0,05	

Tableau 1: Âge moyen

Le plus jeune a 32 ans et le plus âgé 67 ans.

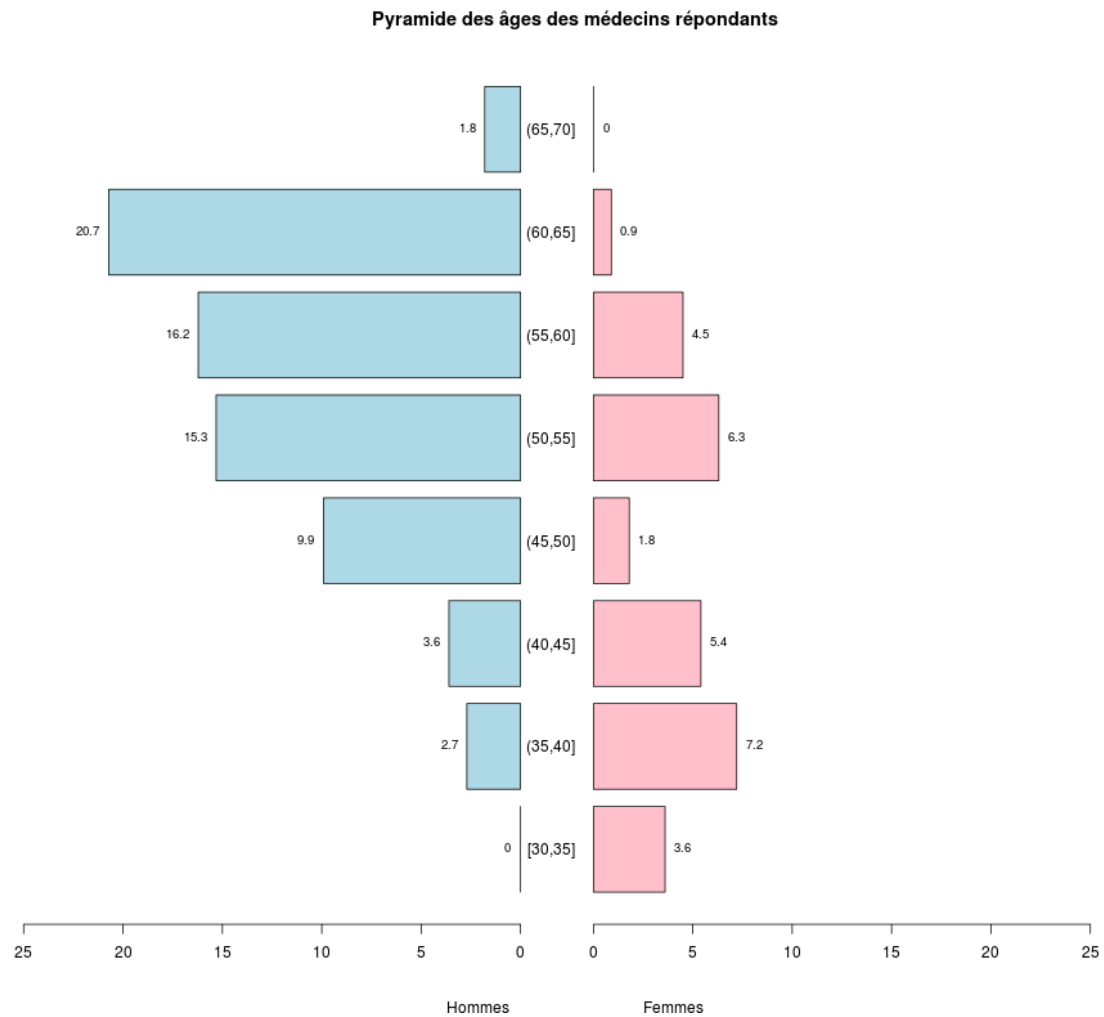


Illustration 1: Pyramide des âges des médecins répondants

2.2.2. Sexe

	Hommes	Femmes
Sexe	70,3 %	29,7 %

Tableau 2: Sexe

2.2.3. Durée d'installation en libéral

	Tous	Malades	Non malades
Durée d'installation médiane (années)	24	30	21
p	< 0,05		

Tableau 3: Durée d'installation en libéral

2.3. Caractéristiques professionnelles

2.3.1. Lieu d'exercice

	Rural	Semi-rural	Urbain
Tous	23,4 %	41,4 %	35,1 %
Malades	34,3 %	37,1 %	28,6 %
Non malades	18,4 %	43,4 %	38,2 %
p	0,18		

Tableau 4: Lieu d'exercice

2.3.2. Cadre d'exercice

	Cabinet de groupe	Individuel
Tous	65,8 %	34,2 %
Malades	62,9 %	37,1 %
Non malades	67,1 %	32,9 %
p	0,823	

Tableau 5: Cadre d'exercice

2.3.3. Mode d'exercice

	Médecine générale exclusive	Médecine à exercice particulier	Médecine libérale et hospitalière
Tous	79,3 %	9,9 %	10,8 %
Malades	74,3 %	8,6 %	17,1 %
Non malades	81,6 %	10,5 %	7,9 %
p	0,341		

Tableau 6: Mode d'exercice

2.3.4. Secrétariat

	Plate-forme téléphonique	Vous-même	Salarié
Tous	18,9 %	25,2 %	55,9 %
Malades	20 %	25,7 %	54,3 %
Non malades	18,4 %	25 %	56,6 %
p		0,970	

Tableau 7: Secrétariat

2.3.5. Temps de travail

- Le nombre de demi-journées travaillées par semaine est représenté dans le tableau suivant:

	Tous	Malades	Non malades
Nombre hebdomadaire moyen de demi- journées	9,2	9,4	9,2
p		0,43	

Tableau 8: Nombre hebdomadaire moyen de demi-journées travaillées

- Le nombre d'heures travaillées par semaine est représenté ci-dessous:

	Tous	Malades	Non-malades
<30 h	0,9 %	0 %	1,3 %
30-40 h	8,1 %	8,6 %	7,9 %
40-50 h	31,5 %	37,1 %	28,9 %
50-60 h	37,8 %	31,4 %	40,8 %
>60 h	21,6 %	22,9 %	21,1 %
p		0,813	

Tableau 9: Nombre hebdomadaire d'heures de travail

- Le nombre moyen de consultations et de visites quotidiennes est le suivant:

	Tous	Malades	Non malades	p
Nombre moyen de C par jour	24,34	25,03	24,03	0,53
Nombre moyen de V par jour	2,75	2,59	2,83	0,50

Tableau 10: Nombre moyen de consultations et de visites quotidiennes

Quatre médecins déclarent faire 10 consultations quotidiennes en moyenne et un médecin 48.

Un médecin déclarant 60 visites quotidiennes a été exclu de ce calcul car cela paraît irréalisable en plus de ses 10 consultations.

2.3.6. Congés

	Tous	Malades	Non malades
Nombre moyen de semaines de vacances par an	5,77	5,69	5,82
p		0,8	
Nombre minimal de semaines de vacances par an	0	2	0
Nombre maximal de semaines de vacances par an	15	12	15

Tableau 11: Congés annuels

Deux médecins déclarent ne pas prendre de vacances et un médecin 15 semaines de vacances par an. Dans les trois échantillons, nous trouvons la valeurs médiane à 6 semaines.

2.3.7. Gardes

	Nombre de gardes mensuelles	Exemption de gardes
Tous	2,1	16,20 %
Malades	1,7	34,3 %
Non malades	2,3	7,9 %
p	0,18	< 0,05

Tableau 12: Nombre moyen de gardes par mois et exemption de gardes

Un médecin déclare effectuer 10 gardes par mois, et dix médecins aucune.

2.3.8. Formation

	Tous	Malades	Non malades	p
Nombre moyen de jours de formation par an	6,87	6,2	7,20	0,34

Tableau 13: Nombre moyen de jours de formation par an

Un médecin déclare suivre 24 journées de formation annuelles et 12 médecins aucune.

2.3.9. Arrêts de travail

	Tous	Malades	Non-malades
Entente avec un confrère	11,7 %	17,1 %	9,2 %
Fermeture du cabinet	11,7 %	14,3 %	10,5 %
Associé	41,4 %	34,3 %	44,7 %
Remplaçant	35,1 %	34,3 %	35,5 %
p		0,582	

Tableau 14: Devenir de la patientèle en cas d'arrêt de travail

2.4. Couverture santé et prévoyance

2.4.1. Couverture des indemnités journalières pré-CARMF

	Tous	Malades	Non malades	p
IJ pré-CARMF	82,9 %	82,9 %	82,9 %	0,79

Tableau 15: Couverture des indemnités journalières pré-CARMF

2.4.2. Couverture des frais professionnels

	Tous	Malades	Non malades	p
Couverture des frais professionnels	57,1 %	68,4 %	64,9 %	0,35

Tableau 16: Couverture des frais professionnels

2.4.3. Assurance décès/invalidité

	Tous	Malades	Non malades	p
Assurance décès/invalidité	88,3 %	94,3 %	85,5 %	0,31

Tableau 17: Assurance décès/invalidité

2.4.4. Assurance dépendance

	Tous	Malades	Non malades	p
Assurance dépendance	25,2 %	34,3 %	21,1 %	0,21

Tableau 18: Assurance dépendance

2.5. Maladie chronique

2.5.1. Caractéristiques de la maladie

- Présence d'une maladie chronique:

31,5 % des médecins répondants déclarent avoir une maladie chronique.

- Type de maladie:

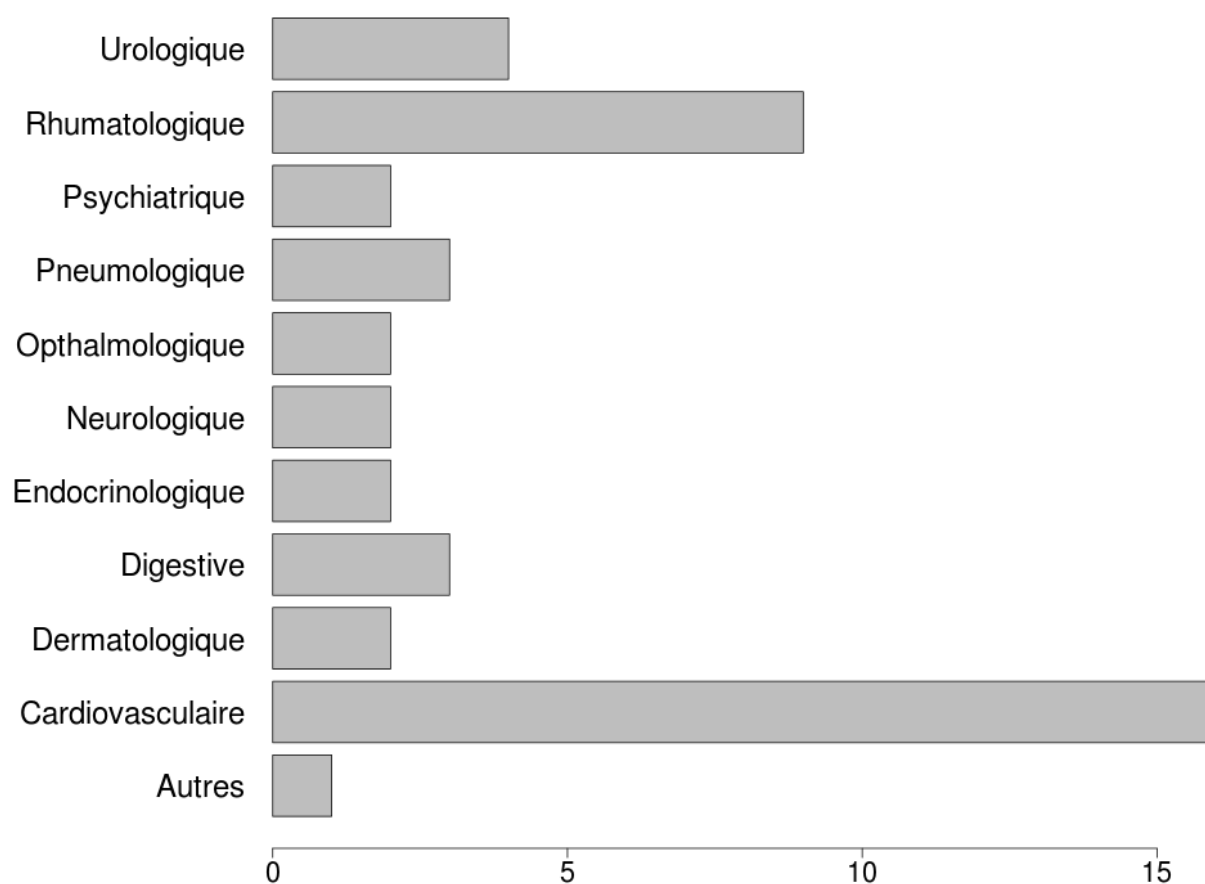


Illustration 2: Maladies chroniques observées et leur occurrences

- Délai d'apparition par rapport à l'installation:
 - Moyenne: 21,67 ans
 - Maximum: 43 ans

Pour 5 médecins la maladie est apparue avant l'installation.

2.5.2. Traitement

- Prise d'un traitement:

88,6 % des répondants ayant une maladie chronique déclarent prendre un traitement.

- Classes thérapeutiques:

Les classes thérapeutiques correspondent aux pathologies représentées dans l'histogramme « Illustration 2: Maladies chroniques observées et leur occurrences », notamment: antihypertenseurs, antidiabétiques oraux, immunomodulateurs, antalgiques...

Elles comportent également des dispositifs: Pression Positive Continue nocturne, viscosupplémentation, infiltration de corticoïdes, kinésithérapie, stents, auto-sondages urinaires.

2.5.3. Suivi médical

57,1 % des médecins ayant une maladie chronique nécessitent un suivi médical régulier.

- Fréquence:

Fréquence du suivi	Effectif
Mensuel	2
Bimestriel	1
Trimestriel	4
Bisannuel	7
Annuel	4

Tableau 19: Fréquence du suivi

- Organisation:

94,3 % des médecins organisent leur suivi sur leurs jours de repos et 5,7 % avec un remplaçant.

2.5.4. Hospitalisations ou arrêts de travail

- Nombre:

74,3% des médecins ayant une maladie déclarent avoir eu une (des) hospitalisation(s) ou un (des) arrêt(s) de travail.

- Gestion de l'hospitalisation ou de l'arrêt de travail:
 - prise en charge par l'associé,
 - prise en charge par un remplaçant mais difficultés à en trouver en urgence,
 - redirection des patients vers les confrères,
 - fermeture du cabinet,
 - hospitalisation sur les jours de repos,
 - mauvaise prise en charge financière (notamment avec le délai de carence de 15 jours des indemnités journalières pré-CARMF),
 - absence de revenus dû à l'exclusion de la maladie des contrats d'assurance,
 - absence de difficultés.

2.5.5. Contrats d'assurance

- La possibilité de modifier les termes des contrats d'assurance après l'apparition ou l'aggravation de la maladie est la suivante:

	Oui	Non	Sans objet
Modification contrats	11,4 %	51,4 %	37,1 %

Tableau 20: Modification des contrats d'assurance depuis l'apparition ou l'aggravation de la maladie

- L'attribution d'une surprime par les compagnies d'assurance est représentée ci-dessous:

	Oui	Non	Sans objet
Surprime	11,4 %	48,6 %	40 %

Tableau 21: Surprime

Un médecin a eu une surprime de 20 %.

- L'exclusion de la maladie des contrats d'assurance est représentée ci-dessous:

	Oui	Non
Exclusion	22,9 %	77,1 %

Tableau 22: Exclusion de la maladie des contrats d'assurance

2.5.6. Vécu de la maladie chronique en tant que médecin

	Oui	Non	Sans objet
Impact de la maladie	57,1 %	2,9 %	40 %

Tableau 23: Impact de la maladie chronique sur l'exercice

2.5.7. Aménagement de l'exercice

Des aménagements de leur exercice ont été nécessaires pour 28,6 % des médecins malades:

- accessibilité du cabinet,

- diminution du temps de travail,
- arrêt des visites,
- exemption de gardes,
- allègement de la sacoche,
- refus de nouveaux patients,
- augmentation du temps de travail salarié.

2.5.8. Satisfaction du mode d'exercice

65,7 % des médecins malades sont satisfaits de leur mode d'exercice actuel.

2.5.9. Aggravation de la maladie

En cas d'aggravation de la maladie :

- 37,1 % envisagent une adaptation du mode d'exercice,
- 11,4 % l'exercice d'une autre activité,
- 51,4 % une diminution de leur activité.

2.6. Commentaires des médecins interrogés

Les commentaires peuvent être classés en quatre thèmes:

- Prise en charge de la santé des médecins:

"une médecine du travail devrait être obligatoire",

"pas d'indemnités journalières pour les médecins, c'est un comble pas de visite médicale pour la santé des médecins, c'est dangereux",

"souhait d'une meilleure mutualisation du risque de la part de la profession (exemple suppressions des clauses de minoration des IJ et de la retraite en cas de pathologie pré-existante à l'installation). Mise en place de véritables consultations de prévention et suivi.",

"l'absence de prise en charge à moins de 90 jours des AT fragilise encore plus la situation du médecin généraliste libéral".

- Amélioration du cadre de vie:

" pas dépasser 30 à 35 actes par jour, tout en conservant du temps pour ma nouvelle famille, et me dégageant du temps pour mes activités propres, moment de détente et de ressourcement.",

"La charge de travail devient insupportable.",

"le travail de secrétariat est excessif et avoisine les 12h par semaine!",

"La nécessité de travailler très tard (67 ans!) dans des conditions de plus en plus difficiles m'amène à privilégier mon cadre de vie (sport par exemple) et à m'assurer une retraite par contrat Madelin et autre pour partir le plus vite possible".

- Répercussions sur la prise en charge des patients:

"plus attentif aux problèmes de dos de mes patients ".

- Ressenti de la maladie chronique:

"une maladie chronique est à redouter, surtout si elle visible ou connue de sa patientèle ...",

"Mieux vaut être en bonne santé pour faire notre métier...Il est toujours difficile pour un médecin exerçant seul de s'arrêter.",

"Il existe un découragement car nos retraites deviennent et vont devenir ridicules. ",

" Il y a deux mondes, celui des médecins et le monde des autres (salariés et fonctionnaires....)",

"Ma maladie est un véritable handicap pour moi et c'est très difficile de jongler entre mes rendez-vous, mes hospitalisations lors des poussées ou pour mes traitements, ma fatigue et mes douleurs quotidiennes.",

"Nombre de confrères de ma générations sont porteurs de pathologie chronique mais, bien souvent, ils ne communiquent pas là-dessus.",

"Chacun voit en fonction de ses besoins...et de ses peurs",

"Il faut prévoir la maladie avant d'avoir à l'affronter...".

3. DISCUSSION

3.1. Limites de l'enquête

- Limites liées à l'outil Internet:

Le questionnaire, envoyé uniquement par mail, a pu poser des difficultés techniques liées au caractère électronique de l'enquête.

On peut alors se demander si l'utilisation exclusive d'Internet pour remplir les questionnaires de l'enquête n'a pas été un facteur limitant.

Bien que l'ensemble des médecins sollicités utilise régulièrement Internet, une autre possibilité aurait été de leur permettre de le renvoyer sous forme papier. Ce double système aurait sans doute permis un plus grand taux de participation.

Certains médecins ont également pu assimiler le courrier électronique envoyé à de la publicité.

La multiplication des enquêtes diffusées par internet peut également entraîner une lassitude et un manque d'intérêt, voire un manque de temps, de la part des médecins sollicités.

- Limites liées à la période d'envoi du questionnaire:

Un autre facteur limitant a pu être la présence des vacances d'été au cours de l'enquête, période souvent synonyme de discontinuité professionnelle.

- Limites liées au sujet:

Les médecins ont pu être gênés de répondre à des questions sur un sujet jugé très personnel, avec un biais lié à la perception pour soi d'une maladie chronique: certains maux chroniques n'auraient pas droit au titre de « maladie » tant qu'ils sont compensés et asymptomatiques...?

La définition de la maladie chronique de la Direction générale de la santé a pu paraître exhaustive ou effrayer ceux qui n'ont pas mis de mots sur leurs problèmes de santé.

- Limites liées au type d'enquête:

Les enquêtes déclaratives se heurtent au biais de mémorisation ou d'approximation des personnes interrogées.

3.2. Description de la population étudiée

L'âge moyen des médecins est de 52,6 ans, il est plus élevé chez les porteurs de maladie avec 56,7 ans, ce qui est attendu au vu de l'augmentation de la prévalence des maladies avec l'âge. En Midi-Pyrénées la moyenne d'âge des médecins est de 53,6 ans avec la répartition suivante [8]:

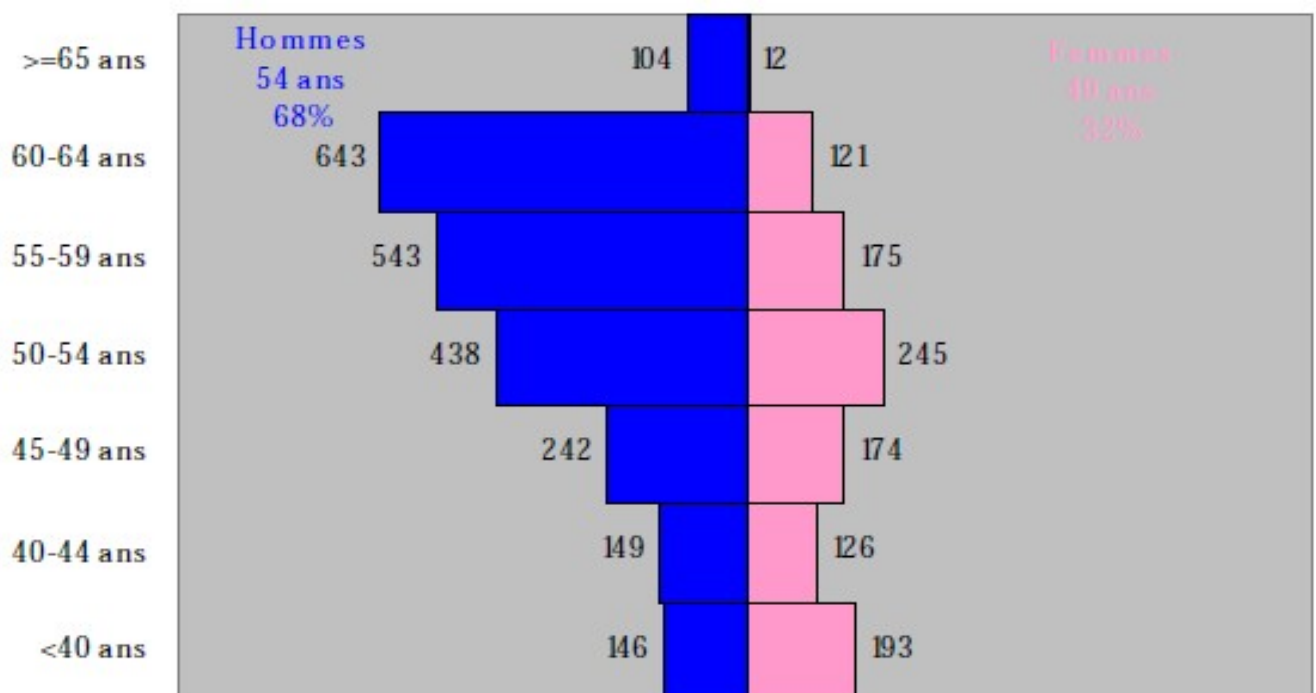


Illustration 3: Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées - Atlas médical de l'ordre des médecins

La répartition des sexes est équivalente à celle de l'ensemble des médecins de Midi-Pyrénées: il y a 70,3 % d'hommes dans notre échantillon contre 68 % à l'échelle de la région, y compris par classe d'âge.

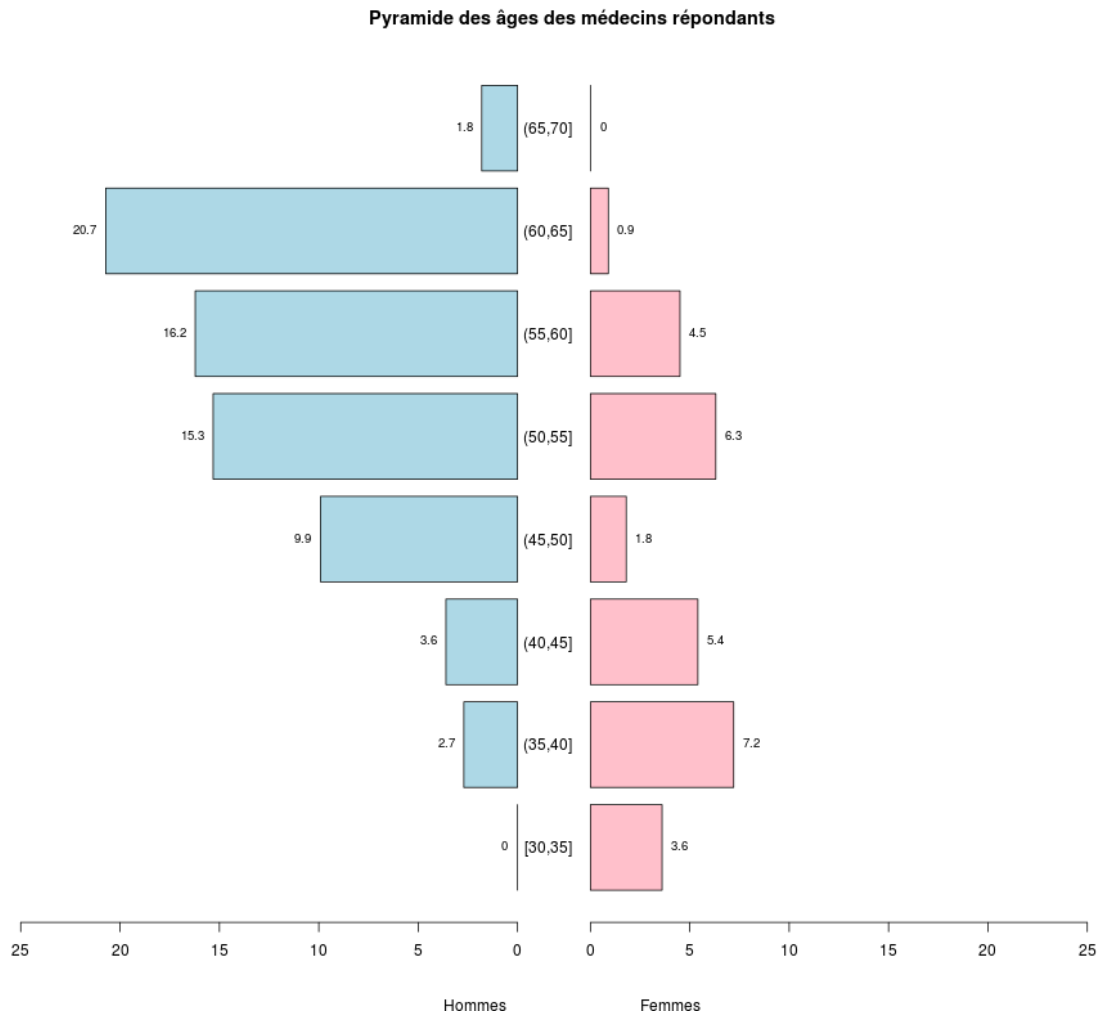


Illustration 4: Pyramide des âges des médecins répondants

Ils sont installés en libéral depuis 22,8 ans en moyenne.

3.3. Caractéristiques professionnelles

3.3.1. Organisation du travail

3.3.1.1. Lieu d'exercice

La majorité des médecins exerce préférentiellement en milieu semi-rural (41,4%), contre 35,1% en milieu urbain, sans différence statistique entre les deux groupes.

Cette répartition correspond à celle du Baromètre de la santé 2009¹ [15] (19,9 % des médecins dans des communes de moins de 2 000 habitants, 21,1 % dans des communes de 2 000 à 20 000 habitants et 13,4 % dans une commune comprenant de 20 000 à 100 000 habitants).

3.3.1.2. Cadre d'exercice

Les médecins répondants exercent préférentiellement en cabinet de groupe (65,8 % d'entre eux), en proportion plus importante que dans d'autres travaux (39,4 % sont en exercice individuel chez Corpel [9], 45,1 % chez Le Roy [20] et 48 % pour Koziarek-Benhaim [18]).

Cette différence est retrouvée dans le Baromètre de la santé 2009 [15], les médecins se répartissant assez équitablement entre cabinet de groupe et cabinet individuel, respectivement 52,0 % et 48,0 %. En 2003 la répartition était équivalente, respectivement 51,1 % et 48,9 %.

Dans notre échantillon, les médecins ayant une maladie exercent en cabinet de groupe de manière équivalente à celle des médecins non malades.

1. Le Baromètre santé médecins généralistes 2009 permet de mesurer à un instant précis l'état de l'opinion, des attitudes et des pratiques de prévention déclarées des médecins généralistes ainsi que leurs caractéristiques professionnelles.

3.3.1.3. Mode d'exercice

79,3 % des médecins répondants exercent en médecine générale exclusive, 10,8 % en médecine libérale et hospitalière et seulement 9,9 % en médecine générale à exercice particulier.

Le fait d'avoir plusieurs modes d'exercice peut permettre une meilleure gestion du temps de travail, des rendez-vous moins nombreux mais plus longs, des demi-journées réservées à ces pratiques. Néanmoins on ne retrouve pas de différence entre les deux groupes de médecins.

Le Baromètre de la santé 2009¹ a retrouvé près de deux médecins sur trois (67,4 %) qui déclarent pratiquer un mode d'exercice particulier (MEP), comme en 2003 (65,3 %) [15].

Deux études ont des chiffres correspondants à notre échantillon: chez Koziarek-Benhaim 15 % des médecins ont un MEP [18], 12 % à 19 % pratiquent un MEP de manière occasionnelle selon une enquête de la DREES [3].

3.3.1.4. Secrétariat

Dans l'étude, 55,9 % des médecins emploient un salarié, 25,2 % assurent eux-mêmes le secrétariat et 18,9 % utilisent une plate-forme téléphonique.

Il n'y a pas de différence entre les médecins malades et les non-malades.

Ces chiffres correspondent à la littérature: l'enquête de la DREES sur les emplois du temps des médecins généralistes [17] retrouve une majorité des généralistes (56 %) disposant d'un secrétariat médical. Dans 80 % des cas, les médecins ont recours à un secrétariat assuré par une personne présente physiquement au cabinet et dans 28 % des cas à un secrétariat téléphonique. 8 % des praticiens ont recours aux deux modalités.

Selon Koziarek-Benhaim [18]: 24 % n'ont pas de secrétariat, 22 % un secrétariat externalisé, 54 % un secrétariat sur place, et pour Corpel [9] 26,4 % n'ont pas de secrétariat.

3.3.1.5. Conclusion

Au niveau de l'organisation du travail, nous pouvons résumer ainsi: les médecins exercent préférentiellement en milieu semi-rural, en cabinet de groupe et emploient majoritairement un salarié pour le secrétariat.

Dans notre échantillon la part de médecins exerçant un MEP est plus faible que dans la littérature. Il n'y a pas de différence statistique entre les malades et les non-malades.

3.3.2. Temps de travail

3.3.2.1. Nombre de demi-journées travaillées par semaine

En moyenne les médecins répondants travaillent 9,2 demi-journées par semaine, sans différence entre les deux groupes, ce qui correspond aux autres études.

Selon la DREES, les médecins déclarent avoir en moyenne consacré 9 demi-journées à leur travail au cours de la semaine précédant l'enquête [17].

Le Roy retrouve en moyenne 9 demi-journées travaillées par semaine [20].

3.3.2.2. Nombre d'heures hebdomadaires

37,8 % des médecins répondants travaillent entre 50 et 60 heures par semaine, 31,5 % entre 40 et 50 heures par semaine, 21,6 % plus de 60 heures, également sans différence entre les médecins malades et non malades.

Chez Corpel 30,9 % des médecins travaillent de 40 à 50 heures, 31,3 % de 50 à 60 heures, 5,9 % moins de 40 heures [9].

Dans son enquête la DREES retrouve une moyenne de 57 heures de travail par semaine, 78 % des médecins travaillent 50 heures ou plus [17].

3.3.2.3. Nombre moyen de consultations et de visites quotidiennes

En moyenne les médecins de l'échantillon effectuent 3 visites par jour et 24 consultations, il n'est pas noté de différences entre les deux groupes.

Selon le Baromètre de la santé 2009, le nombre moyen d'actes réalisés quotidiennement par les médecins de l'échantillon est de 24,6 [15], en 2003 les médecins de l'échantillon déclaraient effectuer 24 actes médicaux en moyenne par jour [14].

Selon l'enquête de l'URML Île de France, les médecins franciliens effectueraient 16 visites par semaine [29]. Cette enquête est la seule à différencier nombre de visites et nombre de consultations.

3.3.2.4. Congés

Les médecins de l'échantillon prennent en moyenne 5,8 semaines de vacances par an, encore une fois sans différence entre les malades et les non-malades, chiffres équivalents aux études suivantes:

Le CDOM de Haute-Normandie retrouve en moyenne 6,4 semaines par an [7], 5,53 semaines pour Combot [6], 5,77 pour Corpel [9], 5,3 dans l'enquête de la DREES [17].

Dans la série de Vaquin-Villeminey 56,1 % prennent moins de 5 semaines de vacances par an [30].

3.3.2.5. Gardes

Les médecins de l'étude effectuent en moyenne 2,1 gardes par mois, là encore sans différence entre les deux groupes.

Dans l'étude de Roumane, 25 % des médecins répondants effectuent en moyenne par mois 4 gardes de nuit et une garde de week-end [25].

3.3.2.6. Exemption de gardes

Dans l'ensemble de l'échantillon, il y a 16,2 % des médecins qui sont exemptés de gardes, ils sont 34,3 % des malades à être exempté contre 7,9 % chez les non-malades, la différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

La participation à un tour de garde ou l'exemption n'est pas homogène au sein de la population des médecins généralistes libéraux, cela dépend du lieu d'exercice ou de la région. On retrouve ainsi cette variabilité dans la littérature.

Pour Combot , 79,6 % des médecins déclarent participer à un tour de garde [6], 87,7 % chez Le Roy [20]. Selon la DREES, 60 % des médecins généralistes libéraux déclarent participer au tour de gardes [17].

Vaquin-Villeminey retrouve 30,8 % des médecins qui n'ont pas de gardes [30].

3.3.2.7. Formation

Les médecins ont déclaré avoir en moyenne 6,9 jours de formation par an, sans différences entre les malades et les non-malades.

Les résultats de la littérature sont homogènes: pour la DREES, les médecins consacrent en moyenne 13 demi- journées par an à ce versant formation de leur activité [17].

Le Baromètre de la santé 2009 retrouve 27,2 % des médecins qui ont entre 2,5 jours et 5 jours de formation par an, et 27,8 % entre 5,5 jours et 10 jours par an [15].

3.3.2.8. Gestion de la patientèle en cas d'arrêt de travail

41,4 % des médecins confient leur patientèle à leur(s) associé(s), 35,1 % à un remplaçant, 11,7 % ferment le cabinet et 11,7 % ont une entente avec un confrère.

Il n'y a pas de différences entre les malades et les non-malades.

Cette répartition correspond au cadre d'exercice, puisque la majorité des médecins exerce en cabinet de groupe.

3.3.2.9. Conclusion

Ainsi, les médecins travaillent 9,2 demi-journées par semaine, avec un volume horaire entre 50 et 60 heures, ils réalisent 24 consultations et 3 visites quotidiennes. Ils prennent 5,8 semaines de vacances par an et ont 6,9 jours de formation dans l'année. Ils ont en moyenne 2,1 gardes par mois. Il n'est pas retrouvé de différences entre les malades et les non-malades.

On note cependant que 34,3 % des médecins malades sont exemptés de gardes.

3.4. Couverture santé et prévoyance

3.4.1. Couverture des indemnités journalières pré-CARMF

82,9 % des médecins répondants ont une couverture des indemnités journalières pré-CARMF.

Ce sont 80 % des médecins dans l'enquête d'Ammor-Durot qui ont souscrit à un régime de prévoyance facultatif en cas d'arrêt de travail. Parmi eux seuls 37 % ont un complément des indemnités journalières versées par la CARMF [1].

L'enquête de Suty en Meurthe et Moselle en 2005 révèle que 8,8 % des médecins ont eu un arrêt de travail d'une durée moyenne de 50 jours, donc non indemnisés par la CARMF [28].

Le taux de couverture des arrêts de travail de moins de 90 jours apparaît donc faible.

On remarque que dans la population française, chez les actifs qui travaillent, la proportion de personnes sans couverture complémentaire est un peu plus élevée chez les non-salariés: 8 % des indépendants contre 5 % des actifs salariés [25].

3.4.2. Couverture des frais professionnels

57,1 % des médecins de l'échantillon ont une couverture des frais professionnels, sans différence entre les deux groupes.

Dans l'étude d'Ammor-Durot, 48 % des médecins ont un contrat d'assurance pour couvrir les charges fixes du cabinet [1].

Sachant que le taux moyen de charges pour l'ensemble des médecins est de 46 % des honoraires nets en 2007 selon la DREES [3], on peut se demander pourquoi 42,9 % des médecins n'y ont pas souscrits. S'agit-il d'un manque d'information, de raisons financières ou d'imprudence ?

3.4.3. Assurance décès/invalidité

88,3 % des médecins ont une assurance décès/invalidité, sans différence entre les malades et les non-malades.

Ces résultats concordent avec ceux de la littérature: selon le CDOM de Haute Normandie 87 % des médecins sont titulaires d'une assurance perte d'exploitation/décès/invalidité [7], ils sont 78 % des médecins à avoir souscrit à un régime de prévoyance facultatif en cas d'invalidité et 83% en cas de décès chez Ammor-Durot [1].

Il y a donc 11,7 % des médecins de notre étude qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, ne pourraient prétendre qu'aux prestations invalidité versées par la CARMF.

3.4.4. Assurance dépendance

25,2 % des médecins ont une assurance dépendance, sans différence entre les malades et les non-malades.

Ammor-Durot a retrouvé les mêmes chiffres: 21% des médecins qui n'ont pas de contrat de prévoyance facultatif en cas de dépendance [1].

Les contrats de prévoyance protègent les personnes en cas de perte d'autonomie. Le taux de couverture est très bas, ce qui pourrait être expliqué par le surcoût dû à l'âge ou aux garanties souscrites, ou encore une méconnaissance de ces contrats.

3.4.5. Conclusion

La couverture santé et prévoyance est assez faible pour la couverture des indemnités journalières pré-CARMF, des frais professionnels et de l'assurance décès/invalidité, insuffisante concernant l'assurance dépendance, ce qui est d'autant plus alarmant qu'il n'y a pas de différences entre les médecins malades et les non-malades.

Les raisons de ce faible taux de couverture n'ont pas été demandées, est-ce un problème de coût, d'imprévoyance ou de problème de garanties lié à la maladie ?

3.5. Maladie chronique

3.5.1. Caractéristiques de la maladie

31,5 % des médecins répondants déclarent avoir une maladie chronique, cette prévalence correspond aux autres séries [20], [21], [22], [12], [25], [28], [6].

Selon la DREES, un médecin enquêté sur trois a déclaré une maladie ou un problème de santé chronique ou à caractère durable [10].

En France, on estime que 15 millions de personnes, soit près de 20 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques [11].

Nous retrouvons dans l'échantillon une majorité d'affections cardiovasculaires, suivi des affections rhumatologiques.

Dans les différentes études, la première cause de maladie chronique est d'origine cardiovasculaire [21], [25], [22], [28].

Dans deux études, les affections rhumatologiques sont fortement représentées: Corpel retrouve 13,6 % de pathologies rhumatologiques [9] et Le Roy 51,6 % [20].

Selon les chiffres de la CARMF en 2011, la nature des affections des médecins en IJ est la suivante: 34,44 % d'affections cancéreuses, 17,14 % psychiatriques, 10,42 % traumatologiques, 8,92 % cardiovasculaires, 29,08 % autres (1861 médecins en 2009) [5].

Toujours selon la CARMF 2011, la nature des affections des médecins en invalidité définitive est la suivante: 11,49 % d'affections cancéreuses, 39,76 % psychiatriques, 13,74 % système nerveux, 10,57 % cardiovasculaires, 24,44 % autres (757 médecins en 2009) [5].

Que ce soit dans notre échantillon ou dans la littérature, nous ne retrouvons pas cette répartition de maladies, notamment cancéreuses ou psychiatriques.

La négation, et donc l'absence de prise en charge, des troubles psychiatriques par les médecins expliquerait leur faible représentation dans notre échantillon.

La discordance entre la fréquence des pathologies retrouvée dans la littérature et les chiffres de la CARMF pourrait être liée au délai d'indemnisation qui augmente la prévalence des pathologies entraînant une invalidité ou de longue durée.

Mais n'y a-t-il pas une erreur d'évaluation par la profession des problèmes de santé des médecins ? Elle se concentre effectivement sur le burn-out ou les troubles psychiatriques et oublie peut-être les pathologies organiques.

En moyenne la maladie est apparue 21 ans et six mois après l'installation, ce qui correspond à un âge où la prévalence des maladies augmente.

Pour 6 médecins elle est apparue avant l'installation. Ces maladies sont: un glaucome, deux asthmes, une polyarthrite rhumatoïde, une cardiopathie hypertrophique, un trouble fonctionnel intestinal suite à des occlusions sur brides.

Ne faudrait-il pas mettre en place des mesures pour permettre aux étudiants ayant une maladie d'exercer la médecine générale, leur futur exercice pouvant être enrichi par leur expérience de malades ?

3.5.2. Traitement

88,6 % des répondants ayant une maladie chronique déclarent prendre un traitement. La prise d'un traitement est équivalente aux différentes études [20], [22], [6].

Les classes thérapeutiques comprennent certains médicaments ou dispositifs nécessitant un contrôle:

- suivi biologique régulier (inhibiteurs de l'enzyme de conversion, antidiabétiques oraux...)

- surveillance et gestion des effets secondaires cliniques: risque d'hypotension orthostatique des antihypertenseurs, somnolence des antalgiques opiacés ou des neuroleptiques, céphalées des inhibiteurs calciques...

D'autres traitements nécessitent du temps, comme les séances de kinésithérapie.

A noter les difficultés que rencontre un médecin atteint de sclérose en plaque qui a besoin de pratiquer 6 auto-sondages urinaires par jour.

L'étude a retrouvé un temps de travail identique entre les médecins-malades et les non-malades, mais ils doivent se soigner malgré tout. Ce temps dédié au traitement diminue leur temps de repos ou de loisir, ce qui peut les fragiliser et favoriser l'apparition d'un mal-être.

3.5.3. Suivi

57,1 % des médecins ayant une maladie chronique nécessitent un suivi médical régulier.

La fréquence de ce suivi est variable et dépend du type de maladie. Pour certains le suivi est annuel, mais à l'opposé pour deux médecins il est mensuel, ce qui augmente la difficulté de sa mise en place tout en assurant les consultations et les formations.

La majorité d'entre eux (94,3 %) organisent leur suivi sur leurs jours de repos et 5,7 % avec un remplaçant.

3.5.4. Hospitalisation, arrêt de travail et contrats d'assurance

74,3% des médecins ayant une maladie déclarent avoir eu une (des) hospitalisation(s) ou un (des) arrêt(s) de travail au cours de leur exercice.

La question sur les difficultés rencontrées lors de la mise en place de l'hospitalisation ou de l'arrêt de travail était une question ouverte.

Les difficultés ont été:

- trouver un remplaçant en urgence pour les hospitalisations ou arrêts de travail inopinés,
- hospitalisation sur les jours de repos,
- mauvaise prise en charge financière (délai de carence des indemnités journalières pré-CARMF, absence de revenus dû à l'exclusion de la maladie des contrats d'assurance).

En cas d'apparition ou d'aggravation de la maladie, seuls 11,4 % des médecins ont pu modifier leurs contrats et 51,4 % n'ont pas pu le faire.

11,4 % des médecins ont eu une surprime lors de la modification de leurs contrats. Un médecin déclare avoir eu une surprime de 20 %.

Cette surprime a concerné des maladies comme une hypertension artérielle, une cardiopathie hypertrophique ou un glaucome.

22,9 % des médecins ayant une maladie ont eu une exclusion de cette maladie de leurs contrats d'assurance. Les pathologies exclues sont représentées notamment par une apnée du sommeil, deux glaucomes, une lombalgie suite à une discectomie, une polyarthrite rhumatoïde, deux asthmes et un trouble fonctionnel intestinal.

Les médecins dont la maladie est apparue avant leur installation ont tous eu de la part de leur assurance une exclusion de leur maladie.

L'exclusion de la maladie d'un contrat d'assurance fragilise le médecin-malade qui sait qu'il n'est pas protégé au quotidien, et qui doit trouver un autre moyen de couvrir ses frais.

L'impossibilité d'adapter les contrats d'assurance à son état de santé est injuste pour le médecin, qui « n'est pas seulement un outil au service des soins mais aussi un être humain qui peut être malade et/ou souffrir, et qui devrait prétendre aux mêmes droits que l'ensemble de la population »(rapport du Conseil de l'Ordre) [19].

Il devrait exister des associations d'aide aux médecins malades pour leur permettre de s'assurer correctement en cas d'apparition, d'aggravation d'une maladie ou d'existence de cette maladie avant l'installation.

3.5.5. Vécu de la maladie chronique

Pour les médecins malades de l'échantillon, cette maladie est un facteur aggravant pour 57,1 % d'entre eux, sans influence sur leur exercice pour 40 %, et facilitant pour 2,9 %.

Les médecins de notre étude ressentent plus de difficultés dans leur exercice que dans l'étude de Corpel, où seulement 26,6 % des médecins estiment que la maladie chronique est un facteur aggravant pour l'exercice [9].

Une étude réalisée au Canada a démontré que le bien-être des médecins (physique, mental et émotionnel) était vital pour la délivrance de soins de qualité et l'adhésion du patient au traitement [32]. Ce constat a également été fait en France, notamment en Île-de-France où une association a vu le jour pour apporter de l'aide psychologique de manière anonyme aux médecins libéraux. Cette association a vocation d'étendre l'aide apportée à toute la France [2].

L'importante répercussion d'une maladie chronique est reconnue, notamment par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, qui a mené un plan de santé publique pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques [11].

Le médecin est une personne comme les autres, il a besoin d'une qualité de vie correcte pour pouvoir exercer sereinement, surtout s'il est porteur de maladie chronique.

3.5.6. Aménagement du travail et aggravation de la maladie

Des aménagements de leur exercice ont été nécessaires pour 28,6 % des médecins-malades, qui ont été réalisés sur les conditions matérielles de la

profession (accessibilité du cabinet, allègement de la sacoche) et surtout sur le temps de travail: diminution du temps de travail, arrêt des visites, refus de nouveaux patients, exemption de garde, augmentation du temps de travail salarié.

Chez Suty ce sont 12,8 % des malades qui ont des conséquences sur l'aménagement du travail: 4 ont demandé une exemption de gardes, 4 réduisent leur temps de travail au cabinet, 2 se font remplacer 1 ou 2 jours par semaine, 1 est en arrêt longue maladie depuis plus d'un an [28].

Chez les médecins répondants à l'étude du CDOM de Haute-Normandie, 45 % ne ressentent aucune gêne sur leur travail, 47 % peuvent travailler malgré certains symptômes, 10 % sont obligés de ralentir, de changer de méthode de travail, 2 % ne peuvent travailler qu'à temps partiel, 1 % est complètement incapable de travailler [7].

Dans notre étude, en cas d'aggravation de la maladie 51,4 % des médecins envisagent une diminution de leur activité, 37,1 % une adaptation du mode d'exercice et 11,4 % l'exercice d'une autre activité.

On s'aperçoit que la réponse à la maladie passe essentiellement par une restructuration du temps de travail.

Par ailleurs, le statut de salarié offre un cadre plus sécurisant professionnellement (grâce au travail en équipe notamment) et financièrement plus reposant, ainsi que de réelles possibilités d'évolution. Le changement de mode d'exercice est souvent motivé par la volonté de « faire baisser la pression », c'est-à-dire de réduire la charge de travail, mais aussi de se libérer d'une préoccupation de tous les instants [31].

Cette réflexion sur l'avenir est reconnue par le Conseil de l'Ordre des Médecins, qui désire « créer les conditions qui permettront à un médecin de disposer de choix d'évolution de carrière et à l'institution de créer la capacité d'induire des changements d'activités adaptés à la réalité de celui qui souffre », notamment par l'intermédiaire « des partenariats structurés, des outils nécessaires à la réalisation d'un bilan professionnel, de l'établissement d'un projet de reclassement avec analyse des compétences acquises et, « promouvables », de la réalisation éventuelle d'un projet de reconversion » [19].

3.5.7. Satisfaction du mode d'exercice

65,7 % des médecins malades sont satisfaits de leur mode d'exercice actuel, ce qui est équivalent à l'ensemble des médecins des autres études: 64 % se déclarent satisfaits dans l'étude du CDOM de Haute-Normandie [7] et 62,55 % se déclarent plutôt satisfaits dans le baromètre de la santé 2009 [15].

CONCLUSION

Cette enquête avait pour objectif de savoir si la maladie chronique du médecin généraliste libéral avait une répercussion sur son exercice.

Dans notre étude, 31,5 % des médecins étaient porteurs d'une maladie chronique.

En comparant les caractéristiques des médecins ayant une maladie et celles de ceux qui en sont exempts, l'enquête met en évidence que les médecins ayant une maladie ont un exercice qui ne diffère en rien des non malades (organisation et temps de travail, couverture santé et prévoyance), excepté pour les exemptions de gardes, qu'ils sont plus nombreux à avoir.

Ce qui nous a interpellé est le fait que les deux groupes aient la même couverture santé et prévoyance alors que l'état de santé n'est pas identique. La présence d'une maladie devrait amener à élargir sa prévoyance, mais est-ce possible ?

Par ailleurs on note des difficultés pour les médecins ayant une maladie dans 3 domaines.

En premier lieu la gestion de l'hospitalisation ou de l'arrêt de travail qui pose le problème de la patientèle (surcharge de travail pour les associés ou confrères, difficultés à trouver un remplaçant en urgence) mais également la prise en charge financière.

Ensuite se pose le problème de la couverture santé et prévoyance avec une majorité de médecins (51,4%) qui n'ont pu modifier leurs contrats alors que leur situation de santé avait changé.

Enfin 28,6 % des médecins ayant une maladie ont du aménager leur exercice, notamment en diminuant leur charge de travail, et 51,4 % des médecins envisagent de le faire s'il y avait une aggravation de leur maladie. Cette diminution du temps de travail peut accroître les difficultés financières à s'assurer correctement.

On peut également remarquer qu'un nombre non négligeable de médecins (11,4 %) prévoit un changement d'activité en cas d'aggravation de leur

maladie. Les médecins généralistes ayant quitté le mode d'exercice libéral n'ont pu être ciblés par le questionnaire. Il serait intéressant de connaître leurs motivations et de savoir si la maladie a été à l'origine de ce changement.

En conclusion un médecin malade est un médecin exerçant comme les autres mais qui travaille dans une situation de précarité concernant sa couverture santé et prévoyance.

C'est pour cette raison qu'il devrait exister au sein de la profession un système d'aide pour permettre à ceux qui prennent soin de la santé des autres de pouvoir vivre et travailler sereinement, se sachant protégés.

Cette aide existe pour les personnes atteintes d'affections qui sont récusées par les assureurs pour des projets, immobiliers par exemple, elle pourrait exister chez les médecins puisque que près d'un tiers a une maladie chronique et que plus de la moitié n'arrive pas à s'assurer correctement .

Devant les difficultés que rencontrent les médecins à modifier leurs contrats d'assurance une fois la maladie présente, il conviendrait d'inciter les jeunes médecins qui s'installent à s'assurer correctement , même si à cette période de la vie, il est difficile de se projeter dans un avenir avec une maladie ! Comme le fait remarquer un médecin interrogé: « Il faut prévoir la maladie avant d'avoir à l'affronter ».

Il se pose malgré tout le problème des médecins ayant une maladie chronique apparue avant leur installation et qui ont beaucoup de difficultés, non pas à s'assurer correctement mais à s'assurer tout court.

BIBLIOGRAPHIE

- [1]Ammor-Durot S, « La couverture sociale du médecin généraliste libéral en Midi-Pyrénées. Enquête auprès de 98 médecins généralistes libéraux. »Thèse d'exercice: Médecine générale: Toulouse 3: 2012.
- [2]Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, www.aapml.fr.
- [3]Bellamy V, Frechou H, « Les revenus libéraux des professionnels de la santé », Série Sources et Méthodes n°16, DREES, 2010.
- [4]Bournot MC, Goupil MC, Truffeau-Tailliet F, « Les médecins généralistes: un réseau professionnel étendu et varié », Études et résultats n°649, DREES, 2008.
- [5]CARMF, « Nature des affections des bénéficiaires de l'indemnité journalière et de la pension d'invalidité », 2011.
- [6]Combot A, « La santé des médecins généralistes du Finistère », Thèse d'exercice: Médecine: Brest: 2004.
- [7]Conseils départementaux de l'ordre des médecins de Haute-Normandie, « Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute-Normandie », 2008.
- [8]Conseil National de l'Ordre des Médecins: « La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Midi-Pyrénées, situation au 1er juin 2011 ».
- [9] Corpel M, « La santé du médecin libéral marnais », Thèse d'exercice, Reims, 2007.
- [10] Danet S, « L'état de santé de la population en France », Études et résultats n°805, DREES, 2012.
- [11] Direction générale de la santé, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, « Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011 », 01/07/2012

- [12] Dutour J, « La santé des médecins généralistes. Influence du mode d'exercice. Enquête postale auprès de 151 médecins généralistes picards. », Thèse d'exercice, Amiens, 2010.
- [13] Fox F, Harris M, Taylor G, Rodham K, Sutton J, Robinson B, Scott J, « What happens when doctors are patients? Qualitative study of Gps », British Journal of General Practice, 2009.
- [14] Gautier A, « Baromètre santé médecins/pharmaciens », INPES, 2003.
- [15] Gautier A, « Baromètre santé médecins généralistes », INPES, 2009.
- [16] Gourdol A, « Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle », Études et résultats n°418, DREES, 2005.
- [17] Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F, « Les emplois du temps des médecins généralistes », Études et Résultats n° 797, DREES, 2012.
- [18] Koziarek-Benhaim R, « La santé des médecins généralistes du département de l'Oise », Thèse d'exercice, Amiens, 2009.
- [19] Leriche B, « Le médecin malade, rapport de la Commission nationale permanente du Conseil de l'Ordre des Médecins », 2008.
- [20] Le Roy ML, « Docteur, comment va votre santé? », Thèse d'exercice, Rennes I, 2003.
- [21] Maulbecker V, « Docteur, comment vous soignez-vous? Le médecin généraliste et sa santé, d'après une enquête réalisée dans le département du Bas-Rhin ». Th Méd Strasbourg, 1999.
- [22] Nouger F, « Les médecins et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? ». Enquête sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne ». Th Med Poitiers, 2004.
- [23] Perronnin M, Pierre A, Rochereau T, « La complémentaire santé en France en 2008: une large diffusion mais des inégalités d'accès », Questions d'économie de la santé n°161, IRDES, 2011.

- [24] R Development Core Team (2011). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>.
- [25] Roumane S, « Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé ? » Th Med Rennes I, 2002.
- [26] Samson AL, « Do French low-income Gps choose to work less ? » Health Econ, 2011.
- [27] Stoudemire A, Rhoads JM, « When the doctors needs a doctor: special considerations for the physician-patient », Ann of Intern Med, 1983.
- [28] Suty R, « Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé, enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe et Moselle », Thèse d'exercice, Nantes I, 2006.
- [29] URML Île de France, « La visite à domicile des médecins franciliens », 2005.
- [30] Vaquin-Villeminey C, « Prévalence du burnout en médecine générale, Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles » , Thèse d'exercice, Paris 5, 2007.
- [31] Vega A, Cabe MH, Blandin O, « Cessation d'activité libérale des médecins généralistes: motivations et stratégies », Dossiers solidarité et santé n°6, DREES, 2008.
- [32] Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA, « Physician wellness: a missing quality indicator », Lancet, 2009.

ANNEXES

ANNEXE 1: LETTRE D'INTRODUCTION

Chers confrères,

Je suis actuellement Interne en Médecine Générale en 6ème semestre et j'effectue un travail de thèse, dirigé par le Dr Jean-Paul ALRIC, sur une question qui concerne beaucoup d'entre nous et qui a des répercussions sur la démographie médicale: est-ce que la maladie chronique du médecin généraliste a une répercussion sur son exercice ?

Ce questionnaire est anonyme, ses données ne seront utilisées que pour ma thèse, il n'y a aucun financement d'organisme public ou privé.

Je vous rappelle la définition de la maladie chronique selon la Direction générale de la santé:

- la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif;
- une ancienneté de 3 mois à un an, ou supposée comme telle;
- que les patients aient un retentissement de leur maladie sur leur vie quotidienne;
- avoir une limitation fonctionnelle, des activités, de la participation,
- présenter une dépendance vis à vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage, d'une assistance personnelle,
- avoir besoin de soins médicaux ou paramédicaux, d'aide psychologique, d'éducation ou d'adaptation.

En vous remerciant.

Lara VOLLE-COUDERC

ANNEXE 2: QUESTIONNAIRE

Répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste sur son exercice

A. Caractéristiques personnelles

1. Année de naissance: 19 __ __

2. Sexe: ☐ F ☐ M

3. Vous êtes installés en libéral depuis: ____ ans

4. Avez-vous une maladie chronique? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ou lesquelles: _____

5. Avez-vous un traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui quelles classes thérapeutiques: _____

B. Caractéristiques professionnelles

6. Lieu d'exercice, agglomération de:

☐ Moins de 2 000 habitants ☐ de 2 000 à 10 000 habitants ☐ plus de 10 000 habitants

7. Quel est votre cadre d'exercice:

☐ cabinet de groupe ☐ individuel

8. Quel est votre mode d'exercice ?

☐ Médecine générale exclusive,

☐ Médecine générale et hospitalière

☐ Médecine à exercice particulier

9. Qui assure le secrétariat?

☐ salarié ☐ plateforme téléphonique ☐ vous -même

10. Nombre de demi-journées travaillées par semaine: _____

11. Quel est votre temps de travail hebdomadaire ?

- ☐ Moins de 30 heures ☐ 30 à 40 heures
☐ 40 à 50 heures ☐ 50 heures à 60 heures
☐ 60 heures et plus

12. Nombre de semaines de congés par an:

- ☐ Moins de 4 semaines ☐ 5 à 6 semaines ☐ 7 à 8 semaines ☐ 9 et plus

13. Nombre de C: _____

Nombre de V: _____

14. Êtes-vous exempté de gardes: ☐ Oui ☐ Non

15. Nombre de jours de formation par an: _____

16. En cas d'arrêt de travail, que devient votre patientèle ?

- ☐ Fermeture du cabinet
☐ Prise en charge par un associé
☐ Prise en charge par un remplaçant
☐ Entente avec un confrère

C. Couverture santé et prévoyance

17. Avez-vous une couverture Indemnités Journalières pré-CARMF: ☐ Oui ☐ Non

18. Avez-vous une couverture des frais professionnels: ☐ Oui ☐ Non

19. Avez-vous souscrit à une assurance décès/invalidité ? ☐ Oui ☐ Non

20. Avez-vous une assurance dépendance? ☐ Oui ☐ Non

D. En cas de maladie chronique

21. Nécessitez-vous un suivi médical régulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ?

22. Comment organisez-vous votre suivi:

☐ sur vos jours de repos ☐ avec un remplaçant

23. Avez-vous eu une (des) hospitalisation(s) ou un (des) arrêt(s) de travail ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelles difficultés avez-vous eu pour les mettre en place:

24. Avez-vous pu modifier vos contrats d'assurance depuis l'apparition ou l'aggravation de votre maladie ?

☐ Oui ☐ Non

25. Avez-vous eu une surprime ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

Si oui, de combien ? _____ %

26. Avez-vous eu une exclusion de votre maladie ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Sans objet

27. Vis à vis de votre exercice, le fait d'avoir une maladie chronique est-il un facteur:

☐ facilitant ☐ aggravant ☐ sans influence?

28. Des aménagements ont-ils été nécessaires: ☐ Oui ☐ Non

Si oui le ou lesquelles:

☐ matériel: _____

☐ Accessibilité du cabinet: _____

☐ Autres: _____

29. Êtes-vous satisfait de votre mode d'exercice actuel:

☐ Oui ☐ Non

30. En cas d'aggravation de votre état de santé, envisagez-vous:

- ☐ Une diminution de votre activité
- ☐ L'exercice d'une autre activité
- ☐ L'adaptation de votre mode d'exercice

E. Commentaires libres

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Illustration 1: Pyramide des âges des médecins répondants.....	10
Illustration 2: Maladies chroniques observées et leur occurrences.....	19
Illustration 3: Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux de Midi-Pyrénées - Atlas médical de l'ordre des médecins.....	27
Illustration 4: Pyramide des âges des médecins répondants.....	28

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1: Âge moyen.....	9
Tableau 2: Sexe.....	10
Tableau 3: Durée d'installation en libéral.....	11
Tableau 4: Lieu d'exercice.....	11
Tableau 5: Cadre d'exercice.....	12
Tableau 6: Mode d'exercice.....	12
Tableau 7: Secrétariat.....	13
Tableau 8: Nombre hebdomadaire moyen de demi-journées travaillées.....	13
Tableau 9: Nombre hebdomadaire d'heures de travail	14
Tableau 10: Nombre moyen de consultations et de visites quotidiennes.....	14
Tableau 11: Congés annuels.....	15
Tableau 12: Nombre moyen de gardes par mois et exemption de gardes.....	16
Tableau 13: Nombre moyen de jours de formation par an.....	16
Tableau 14: Devenir de la patientèle en cas d'arrêt de travail	17
Tableau 15: Couverture des indemnités journalières pré-CARMF.....	17
Tableau 16: Couverture des frais professionnels.....	18
Tableau 17: Assurance décès/invalidité.....	18
Tableau 18: Assurance dépendance.....	18
Tableau 19: Fréquence du suivi.....	21
Tableau 20: Modification des contrats d'assurance depuis l'apparition ou l'aggravation de la maladie.....	22
Tableau 21: Surprime.....	23
Tableau 22: Exclusion de la maladie des contrats d'assurance.....	23
Tableau 23: Impact de la maladie chronique sur l'exercice.....	23

VOLLE-COUDERC Lara

Répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste libéral sur son exercice. Enquête auprès de 111 médecins généralistes libéraux.

Toulouse, 20 Novembre 2012

Une enquête descriptive pour connaître les répercussions de la maladie chronique du médecin généraliste libéral sur son exercice a été réalisée auprès de 111 médecins généralistes. Diffusée par un questionnaire en ligne, elle a porté sur les caractéristiques personnelles, professionnelles, la couverture santé, la prévoyance et sur les caractéristiques de la maladie. 31,5 % des médecins ont une maladie chronique, 34,3 % sont exemptés de gardes. 51,4 % des médecins malades n'ont pas pu modifier leurs contrats d'assurance. 22,9 % ont eu une exclusion de leur maladie. Un médecin-malade a un exercice identique aux autres mais travaille dans une situation de précarité concernant sa couverture santé et prévoyance. Il devrait exister un système d'aide pour être protégés même en étant malades. Devant les difficultés que rencontrent les médecins à modifier leurs contrats d'assurance une fois malades, il conviendrait d'inciter les jeunes médecins qui s'installent à s'assurer correctement.

Discipline administrative: MEDECINE GENERALE

Mots-clés: maladie chronique - médecin généraliste - assurance - exercice

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE
Cedex 04 - France

Directeur de thèse: ALRIC, Jean-Paul