

Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualite de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural

Marc Thiebaut

▶ **To cite this version:**

Marc Thiebaut. Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualite de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01732209

HAL Id: hal-01732209

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732209

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Double

UNIVERSITE HENRI POINCARE , NANCY 1
2003

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 75

SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marc THIEBAUT

Le 17 juin 2003

Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural.

Examinateurs de la thèse :

M. le Professeur Jean Dominique de Korwin	**Président**
M. le Professeur Georges Grignon	**Juge**
M. le Professeur Francis Penin	**Juge**
M. le Docteur Philippe Rémy	**Juge**
M. le Docteur Laurent Sido	**Juge**

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : *(Biologie cellulaire)*

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes)*

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie)*

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)*

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie)*

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET
Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL – Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT
Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie)*

Professeur Marc-André BIGARD
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : *(Chirurgie digestive)*

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne)*

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL
Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : *(Endocrinologie et maladies métaboliques)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*

Professeur Hubert GERARD

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4ème sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur de Korwin,

Professeur de médecine interne,

Vous nous avez guidés dans la réalisation et l'interprétation de ce travail avec enthousiasme et disponibilité. Nous souhaitons ne pas avoir déçu votre confiance.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre sincère admiration.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Grignon,

Professeur émérite d'histologie, d'embryologie et de cytogénétique,

Doyen honoraire de la faculté B de médecine,

Commandeur dans l'ordre des palmes académiques,

Vous nous avez accueillis avec sympathie et avez manifesté beaucoup d'intérêt à notre formation.

Vous nous avez dispensé des enseignements d'une grande qualité scientifique.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Penin,

Professeur de médecine interne,

Vous nous avez accueillis chaleureusement dans votre service.

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre juge et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Philippe Rémy,

Vous nous avez permis de réaliser ce travail et vous nous avez conseillés dans la rédaction avec bienveillance et disponibilité.

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger et de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

A notre juge,

Mr le Docteur Laurent Sido,

Vous avez cordialement participé à ce travail.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

A monsieur Jean-Marc Virion

Ingénieur,

Pour sa disponibilité dans le traitement des données de l'enquête.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Rachel pour son amour et sa patience,

A nos parents, pour leur amour et leur soutien.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION **20**

I. LA QUALITÉ DE VIE **23**

1. Quelques considérations historiques et philosophiques *23*

♦ Hier 23

♦ Aujourd'hui 27

♦ Demain 28

2. La qualité de vie : un cas de mesure impossible ? *29*

a Définitions 29

b Mesure : quantifier du qualitatif ? 31

c Utilisations 33

d Conclusion 34

3. La qualité de vie du médecin généraliste *35*

a Le médecin généraliste 35

b Le médecin généraliste urbain 36

c Le médecin généraliste rural 39

II. LE RYTHME DE TRAVAIL DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE **45**

A. LE MÉDECIN LIBÉRAL 45

1. La gestion quotidienne du cabinet médical *46*

a La maîtrise des recettes : gestion de l'activité 47

♦ Bien gérer son activité 48

♦ Le temps de travail 49

♦ La productivité 49

♦ La planification du travail 51

♦ L'informatique au cabinet médical : avantages et inconvénients 56

♦ Quelques chiffres : informatique et médecin généraliste 58

b La maîtrise des dépenses : gestion des frais professionnels. 64

♦ Achats–Gestion des stocks 65

♦ Les frais de personnel : le médecin employeur 66

♦ Des dépenses statuaires : les cotisations personnelles 67

♦ Les cotisations sociales 69

◊ L'assurance maladie-maternité 69

◊ Les allocations familiales 70

◊ La retraite 71

♦ Les frais de voiture 72

♦ La formation médicale continue 76

2. La fiscalité du médecin libéral *77*

a L'imposition des revenus professionnels 77

♦ les régimes d'imposition 77

♦ Les contraintes et les avantages 80

b Les impôts locaux : taxe foncière, taxe d'habitation, taxe professionnelle 82

c Les amortissements 83

d Les plus et moins-values 84

e La taxe sur les salaires 85

f La taxe à la valeur ajoutée (TVA) 85
3. La comptabilité du médecin libéral *85*
a Généralités de la comptabilité du cabinet 86
b Spécificités liées au mode d'exercice 87
c Spécificités liées au régime d'imposition 88
d Les outils de la comptabilité 89
III. ENQUÊTE SUR L'IMPACT DE LA CHARGE DE TRAVAIL SUR LA QUALITÉ DE VIE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE : 92
1. Les objectifs *92*
2. L'hypothèse de départ *92*
3. La méthodologie *93*
4. Le questionnaire de santé DUKE *94*
5. L'avenant au questionnaire DUKE *97*
IV. RÉSULTATS 99
A. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON 99
1. Répartition des sujets en fonction de l'âge *99*
2. Répartition des sujets en fonction du sexe *100*
3. Situation familiale *100*
4. Evaluation de la charge de travail *102*
5. Les conditions d'exercice *104*
6. Répercussion du rythme de travail sur la vie de famille *105*
7. Appréciation de la rémunération *109*
8. Amélioration des conditions d'exercice *110*
9. Conclusion *112*
B. ANALYSE STATISTIQUE DE LA QUALITÉ DE VIE 113
1. Profil de santé de Duke et EVA *113*
2. Comparaison conditions de travail / qualité de vie *116*
3. Corrélation entre charge de travail et qualité de vie *116*
a Le nombre de consultations par semaine 117
b Le nombre de visites par semaine 119
c Le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes 119
d Le nombre de gardes par mois 121
4. Corrélation entre l'âge et la qualité de vie *122*
5. Relation entre sexe et qualité de vie *122*
6. Comparaison de la qualité de vie en fonction de l'appréciation de la rémunération *122*
7. Conclusion *123*
V. DISCUSSION 125
1. Impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins généralistes *126*
2. Comparaison de la qualité de vie en fonction du milieu d'exercice *130*
3. Comparaison de la qualité de vie en fonction du sexe *133*
4. Corrélation entre scores du profil de santé de DUKE et score d'EVA *135*

5. Amélioration des conditions de travail *136*

CONCLUSION **141**

BIBLIOGRAPHIE **143**

RÉFÉRENCES APPELÉES DANS LE TEXTE 143
RÉFÉRENCES NON APPELÉES DANS LE TEXTE 144
ARTICLES EXTRAITS DU JOURNAL « LE MONDE » 150

ANNEXES **157**

Introduction

Introduction

SCD-UHP - NANCY 1
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

La société moderne a permis à l'Homme de vivre pour accomplir son bonheur, et ce, quel qu'il soit. Nous ne sommes plus aux temps où seul « survivre » comptait. L'accomplissement personnel représente aujourd'hui la priorité de tout un chacun.

C'est dans ce contexte que nous avons voulu étudier la qualité de vie du médecin généraliste lorrain. A une période où la profession semble en crise, de par les contraintes fiscales, administratives ou personnelles imposées par les patients, il nous est apparu nécessaire de faire le point sur la situation, et peut-être de balayer des lieux communs tels que « les médecins sont des nantis, qui ont la vie belle ».

La qualité de vie est une notion multifactorielle qui ne peut être cernée simplement par quelques données chiffrées. Elle englobe l'environnement familial, professionnel, les loisirs, le caractère de la personne concernée, ainsi que ses rapports sociaux, sa santé et bien d'autres paramètres encore.

Si le niveau de rémunération ou le temps de travail sont faciles à évaluer, il n'en va pas de même pour l'environnement professionnel, la situation familiale, le stress, la fiscalité ou les contraintes de gestion du cabinet. Effectivement, à coté des chiffres intelligibles et comparables par toute personne extérieure, ce qui demeure primordiale reste la perception que le praticien interrogé a de son confort de vie. C'est dans ce sens, que nous avons décidé d'utiliser un questionnaire de qualité de vie validé scientifiquement (Duke) et d'y adjoindre un second questionnaire composé d'items plus spécifiques à l'exercice de la médecine générale.

Dans la première partie de ce travail, nous allons nous attacher à définir la notion de qualité de vie, d'une part d'un point de vue philosophique puis historique et d'autre part, sur le terrain de la médecine générale, en détaillant les spécificités propres à l'exercice libéral rural et urbain.

Dans un deuxième temps, nous décrirons la charge de travail qui incombe au médecin généraliste libéral ; des contraintes fiscales, administratives aux consultations et visites, jusqu'à l'obligation de Formation Médicale continue.

Viendra ensuite l'enquête auprès des médecins généralistes lorrains, avec la composition de deux groupes, permettant la comparaison de la qualité de vie et de l'impact de la charge de travail entre des médecins généralistes ruraux et des médecins généralistes urbains.

En quatrième partie, nous discuterons des résultats obtenus à partir de cette enquête, afin de tracer quelques grandes lignes sur le rythme de travail et la qualité de vie des omnipraticiens lorrains.

La qualité de vie

I. La qualité de vie

La qualité de vie est un concept tellement vaste, abstrait et nouveau qu'il nous est apparu important de lui consacrer un chapitre entier afin de mieux cerner ensuite, la nature de la vie familiale et professionnelle du médecin généraliste.
Avant de décrire la charge de travail qui incombe au médecin généraliste, nous allons dans ce premier chapitre, nous intéresser à la notion de qualité de vie d'une manière générale. Puis nous nous attacherons à étudier la qualité de vie du médecin généraliste, d'une part, en milieu urbain, d'autre part, en milieu rural.

1. Quelques considérations historiques et philosophiques ...

William James a dit de la conscience : «Nous connaissons sa signification, aussi longtemps qu'on ne nous demande pas de la définir». Cet énoncé pourrait aussi bien s'appliquer à la qualité de vie. En effet, la qualité de vie est un concept tellement englobant que l'on pourrait à la limite tout y mettre : les facteurs d'environnement, les niveaux de revenus, les habitudes, les styles de vie, etc. Néanmoins, depuis quelques décennies, cette notion fait l'objet d'études scientifiques rigoureuses telle la mise en forme de questionnaires pour la mesurer et qui tendent à cerner avec précision les frontières de ce concept. Mais si aujourd'hui la qualité de vie est au centre des préoccupations de tout un chacun, il n'en a pas toujours été le cas au cours de l'histoire de l'humanité. Brossons un tableau de l'évolution de la qualité de vie : hier, aujourd'hui et peut-être demain.

♦ *Hier*

Adam et Eve ont dû connaître une excellente qualité de vie, qui ne fut plus jamais aussi bonne après avoir croquer la pomme. Cependant, ils ont accepté leur sort sans penser un seul instant à : que pourrions-nous faire pour retrouver notre qualité de vie paradisiaque ?

La première règle écrite concernant l'étude de la qualité de vie fut celle qui se trouvait à l'entrée du temple de Delphes : «connais-toi toi-même ! ». En effet, l'Homme commence à s'interroger sur son destin ; il remet en cause son comportement et prend conscience qu'il est dans la capacité d'agir sur l'environnement qui l'entoure. Il comprend qu'il n'est pas la victime de Divinités capricieuses mais bel et bien le maître de son propre destin.

D'Aristote à Descartes, on peut supposer que les changements de la qualité de vie proprement dite furent négligeables. Le progrès technologique fut réel, mais lent. Ses plus belles réalisations ouvrirent la voie à l'explosion qui se perpétue de nos jours ; mais de ce progrès, peu en profitèrent au début. La révolution médicale initiée par Pasteur ne survint que deux siècles après l'invention hollandaise du microscope qui l'avait rendue possible. Ainsi, le progrès scientifique ouvrit la voie vers une amélioration globale de la qualité de vie et de ce fait, l'Homme prit conscience de cette bénéfique amélioration.

L'énoncé de Descartes «Je pense, donc je suis» a longtemps été la plaisanterie préférée d'humoristes philosophes («je pense, donc je suis français»), mais s'il avait ajouté : «J'éprouve aussi des sentiments, et du coup je suis deux fois plus moi», l'étude de la qualité de vie aurait peut-être pu débuter dès le 17ème siècle. On voit mal cependant Descartes avoir une telle pensée, et encore moins la noter.

Au 18ème siècle, des sentiments comme «Si je ne suis pas meilleur, au moins je suis autre» ; ou «On dirait que mon cœur et mon esprit n'appartiennent pas au même individu» commencent enfin à être exprimés. L'investissement personnel et l'exploration du soi sont alors pris au sérieux. Les Ballades Critiques anglaises, le roman d'éducation allemand, et d'autres mouvements parallèles en France et ailleurs, nous renseignent sur la qualité de vie de leurs auteurs.

Néanmoins, cette accumulation de récits à la première personne ne nous donne qu'une idée biaisée de la qualité de vie en général, car seuls y contribuèrent ceux qui savaient lire et écrire, et rarement compter.

Aussi l'étude systématique du comportement n'a-t-elle vraiment débuté qu'au milieu de 19ème siècle.

Bacon, Hume, Vico, et Lamarck, tous ont proposé des règles et des méthodes pour une science de l'Homme, conforme aux idées que l'on se faisait à l'époque de la méthode scientifique...

Cependant, le premier emploi anglais du terme «anthropologie» date de 1593, celui d'«évolution» de plus de deux siècles après (1830), et celui de «sociologie» de 1837, peu après son invention par Auguste Comte en 1830. Le père de chacune de ces sciences avait

l'ambition que sa propre science devienne la science de la vie, et particulièrement la science de l'homme. Mais le concept de qualité de vie ne verra réellement le jour qu'au 20ème siècle. L'idée de «qualité de vie» aurait été inventée par le président des Etats-Unis, Lyndon B. Johnson, lors d'un discours prononcé au Madison Square Garden. Le président aurait tenu à préciser qu'une « bonne vie » ne se définissait pas seulement par une abondance matérielle. La qualité se trouvait ainsi une nouvelle fois opposée à la quantité, l'être à l'avoir. L'existentialisme personnaliste chrétien faisait ainsi une entrée remarquée dans la vision politique américaine du monde. Depuis, comme le mot «bioéthique», le terme qualité de vie a franchi les océans pour devenir rapidement, urbi et orbi, une des locutions néologiques de la pensée contemporaine. Néanmoins, à la même époque, aux Etats-Unis, des architectes prônent déjà cette notion à travers la conception de construction d'un genre nouveau privilégiant le confort et le pragmatisme au détriment de l'esthétisme conventionnel.

Même si la paternité de ce concept demeure incertaine, il est sûr que le 20ème siècle voit se développer cette notion. En effet, on peut distinguer, du point de vue de l'émergence, de l'essor et de l'approfondissement du concept de qualité de vie, deux phases : la première, correspondant approximativement à la période des «trente glorieuses» (1945 - 1975), la seconde à celle qui suit et s'étend jusqu'à nos jours. Cette chronologie ne concerne, bien sûr, que les pays occidentaux, dits aussi du monde libre…

Première phase (1945 – 1975) : la qualité de vie comme besoin-aspiration (à dominante socioculturelle et économique)

Au cours de la première phase, la recherche de la qualité de vie apparaît, pour reprendre la terminologie de P. H. Chombart de Lauwe comme un besoin-aspiration (par opposition au besoin-obligation) assez vague, socioculturel et économique, lié à l'acquisition d'un certain niveau de vie et à l'obtention d'un relatif bien-être.

Il est vrai que les hommes se sont intéressés à la qualité de la vie, dans leur réflexion sur le bonheur ; mais l'émergence du concept en tant que tel et, dirions-nous, de la capacité d'une société à agir sur elle-même pour réaliser ce qu'il implique ou imaginer pouvoir le faire, remonte à quelques décennies et elle se situe géographiquement aux Etats-Unis.

«Le thème de la qualité de vie a été surtout développé aux Etats-Unis après la seconde guerre mondiale. Contemporaine des progrès économiques et des acquis sociaux dans les pays

industrialisés et libéraux, la qualité de vie est généralement corrélée au niveau de vie», écrit Gabriel Bez. «Elle est «le niveau de vie avec quelque chose en plus». Elle s'apparente d'une certaine façon à la recherche du «bonheur», sans intégrer néanmoins ses dimensions philosophiques et religieuses». Elle traduit un nouveau type d'épicurisme qui, dans ses origines américaines, est particulièrement dominé par une vision matérielle des choses ; elle correspond à la «normalisation d'un standard de vie relativement élevé au sein d'une société ouverte et évolutive». «Par la suite, la notion de qualité de vie a traversé l'Atlantique, ajoute Gariel Bez. Les Européens ont mis l'accent sur sa dimension psychologique». Elle est devenue beaucoup moins matérielle ; elle exprime «un équilibre des conditions de vie et un développement personnel».

Au fond, la notion de qualité de vie, caractérisée par l'aspiration à un bien-être à travers l'obtention d'un niveau de vie socio-économique, porte la marque d'une société où l'important est de produire et de consommer ; l'objectif, relativement quantitatif, reste bien de maximiser la quantité d'énergie disponible par habitant, de lutter pour allonger la vie humaine.

Pour toutes ces raisons, la logique relative à la qualité de la vie qui prévaut au cours de cette période est essentiellement à dominante sociale et culturelle mais elle comporte aussi une dimension économique. En revanche la partie étatique de l'enjeu que nous avons appelé économique et politique et l'enjeu technico-professionnel restent discrets.

Deuxième phase (1975 – aujourd'hui) : la qualité de vie comme besoin-obligation (à dominante socioculturelle, économico-politique et technico-professionnelle)

Au cours de cette phase, l'approche en terme de qualité de vie passe du stade du «plus» qu'on ajoute, de l'agréable qu'on joint à l'utile, du besoin qui n'est qu'aspiration, à celui d'un «besoin-obligation» de plus en plus précis qui s'impose aux divers acteurs. On observe ainsi un renouvellement et un approfondissement de la notion sur le plan social et culturel, une diffusion très nette dans le domaine économique et politique, une insertion profonde dans le monde technico-médical. L'extension de son usage coïncide largement avec l'essor des débats et des processus d'évaluation dans les sociétés développées.

♦ *Aujourd'hui*

«La qualité de vie est devenue un concept très populaire, invoqué tant par les habitants que les élus, les médias que les chercheurs», écrit Michel Huet dans son rapport présenté au nom du Conseil économique et social, en 1993, sur «Les équilibres des fonctions dans la ville : pour une meilleure qualité de vie», mais «ce terme de qualité de vie est aujourd'hui couramment employé pour exprimer des réalités tellement différentes qu'il nous est apparu nécessaire, note-t-il, de tenter un effort de définition afin de mieux le cerner». Telle nous apparaît aussi être la priorité, bien que la tâche soit particulièrement ardue.

Même s'il est difficile de saisir avec précision ce que cette notion recouvre, on peut dire qu'elle est incontestablement associée aux idées de bien-être, de niveau de vie, de cadre de vie, de mode et de style de vie, toutes ces notions en constituant des éléments sans pour autant recouvrir totalement le concept lui-même, comme l'observe le Conseil économique et social dans son rapport.

Au milieu du 19ème siècle, selon Susan Sontag, la santé intéresse les scientifiques, et la maladie l'homme de la rue. Dans la première moitié du 20ème siècle cependant, la maladie commence à intéresser aussi les médecins, au fur et à mesure qu'évoluent les traitements médicaux mis à leur disposition. Au milieu des années soixante, la médecine commence à prendre un intérêt particulier à l'aspect physique de la qualité de vie.

En ce début de 21ème siècle, la santé physique et la santé psychique sont toutes deux devenues la préoccupation majeure, et obsessionnelle, de tout un chacun. Proposant de réduire le champ en limitant son étude à celle du retentissement de la maladie et de son traitement sur la qualité de vie des patients, Robert Launois s'appuie sur la définition bien connue de la santé proposée par l'OMS («La santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais un état total de bien-être physique, mental et social») pour considérer qu' «une bonne qualité de vie se caractérise donc par un sentiment de bien-être, une émotivité équilibrée, une intégration sociale satisfaisante et un bon état physique».

A ces difficultés d'appréhension générale de la notion, il faut ajouter que celle-ci comporte deux dimensions, objective et subjective, qu'elle est évolutive et relative : sa perception évolue dans le temps et l'espace ; elle varie selon les groupes sociaux, etc.

«La qualité de vie est donc un concept multidimensionnel, d'autant plus difficile à cerner qu'il tend à intégrer les aspirations sociales et individuelles, ainsi que les contestations conjoncturelles et structurelles de la société contemporaine» selon Michel Huet. Il nous faut donc nous contenter, au moins provisoirement, d'une esquisse de définition où les notions qu'on vient d'énumérer « interviennent et se complètent, formant un équilibre instable à saisir ».

Finalement, aujourd'hui le concept de qualité de vie se complexifie et revêt diverses facettes. Néanmoins, cette notion semble être devenue le centre d'intérêt majeur d'une population particulière : celle des personnes malades et de leurs soignants.

♦ *Demain*

Certes, il est difficile d'analyser le passé, impossible de décrire le présent, mais inimaginable de prédire l'avenir. Cependant, une vision se laisse profiler à l'horizon : la maîtrise de la qualité de vie va devenir plus systématique, non seulement grâce aux manipulations génétiques mais aussi grâce à un contrôle orwellien du vocabulaire (on dira «réforme de l'aide sociale» au lieu de «démantèlement de l'aide sociale», et «réductions budgétaires» au lieu de «licenciement massif»). En revanche, et c'est un aspect positif, les programmes de gestion de la qualité de vie personnelle vont permettre de multiplier les occasions de loisirs, de planifier plus facilement la vie des individus et de contrôler les progrès dans la réalisation d'objectifs personnels. Ces facteurs liés à l'élargissement des relations sociales que favorise la technologie moderne (comme l'utilisation croissante de la réalité virtuelle), pourraient réduire les tensions qui s'exercent sur chacun au niveau de son espace personnel, et diminuer du coup les manifestations d'agressivité. L'amélioration de la qualité de vie semble prometteuse.

2. La qualité de vie : un cas de mesure impossible ?

La recherche sur la mesure de la qualité de vie est en plein essor, comme en témoignent les nombreux travaux, à la fois théoriques et pratiques, dont elle fait aujourd'hui l'objet. Plusieurs revues scientifiques lui sont entièrement consacrées, par exemple l'International and Interdisciplinary Journal for Quality of Life Measurement, et, dans le secteur médical, Quality of Life Research.

La recherche en matière de qualité de vie revêt toujours des finalités pragmatiques. Il s'agit, en mesurant la qualité de vie par l'entremise de questionnaires, de rassembler des données fiables qui permettent de juger de la pertinence d'interventions déterminées. La quantification de la qualité de vie intéresse donc tout autant les politiques que les éthiciens, les économistes ou les chercheurs en sciences sociales.

Comment mesurer la qualité de vie ? Mesurer la qualité de vie c'est, paradoxalement, quantifier du qualitatif. On s'y emploie pourtant depuis plusieurs décennies, notamment dans le domaine médical. S'il est certain que les indicateurs traditionnels de bien-être tels que le PNB ou, dans un contexte médical, les taux de morbidité et de mortalité, n'y suffisent pas, psychométrie et analyse décisionnelle semblent en effet permettre de mener à bien cette entreprise.

Mais qu'est-ce que cette qualité de vie que l'on mesure et quels rapports entretient-elle avec le bien-être et le bonheur ? La mesure de la qualité de vie permet-elle de mieux répondre aux besoins et aux désirs des individus ?

a Définitions

Le concept de qualité de vie conçu par rapport à la satisfaction d'un ensemble de besoins et de désirs est avec évidence multidimensionnel. Quelles sont les dimensions qui le définissent ? De quels besoins et de quels désirs convient-il d'interroger le degré de

satisfaction pour évaluer la qualité de vie ? Faut-il comme James Griffin[1] (Well-Being, its Meaning...) considérer les valeurs qui donnent à la vie « son sens, sa structure et son prix » et qui sont :

1) Les réalisations et les succès effectifs ;
2) L'autonomie, la liberté et la jouissance d'un bien-être matériel minimal.
3) La compréhension de nous-même et du monde qui nous entoure ;
4) La possibilité d'apprécier la beauté et les joies de la vie quotidienne ;
5) L'établissement de relations personnelles authentiques avec d'autres personnes ?

Mais Griffin lui-même observe que cet ensemble de besoins et de désirs est trop vaste pour que l'obligation de tous les satisfaire soit ressentie comme absolue.

On peut estimer que nos désirs dépendent de ce que l'on croit, de notre éducation et de notre environnement culturel et qu'ils sont plus aisément maîtrisables que nos besoins. Certains philosophes distinguent donc les conditions essentielles et universelles du bonheur de ses conditions idiosyncratiques et ils considèrent que pour évaluer la qualité de vie il faut ne prendre en compte que la satisfaction des besoins communs à tous. Mais cette opposition des besoins et des désirs n'est-elle pas trop tranchée pour être vraisemblable ? N'est-il pas préférable de considérer que besoins et désirs définissent les deux pôles d'un même continuum conceptuel ?

Dans une perspective quelques peu épicurienne, A. H. Maslow[1] (Motivation and Personnality, 1954) admet que les besoins physiologiques essentiels sont ceux dont la non-satisfaction s'accompagne de perturbations du comportement (manger, boire, dormir, avoir un logement). Le besoin de sécurité (être préservé des blessures et des accidents, bénéficier d'une assurance sociale, avoir la certitude de subvenir à ses besoins physiologiques), le besoin d'être aimé et d'aimer, celui d'être estimé et d'estimer viennent ensuite. Quant au besoin de parvenir à un état d'accomplissement de soi qui permette de faire face aux vicissitudes de l'existence (ou désir d'être heureux), il figure en dernier lieu.

[1] Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, PUF 1996

Selon Nordenfelt («Toward a theory of happiness...»), il s'agit pour évaluer la qualité de vie, de considérer :

1) L'ensemble des perceptions, des sensations, des émotions et des idées d'une personne ;
2) L'ensemble de ses actions et de ses activités ;
3) L'ensemble de ses réussites ;
4) L'ensemble des événements et des actions qui l'affectent.

Les dissensions de ces auteurs prouvent suffisamment que l'établissement d'une liste consensuelle des dimensions de la qualité de vie est malaisé. Si la recherche d'une définition universelle de la qualité de vie semble être un projet trop ambitieux, les analyses précédentes témoignent néanmoins de ce que la détermination de critères objectifs est en bonne voie. L'ensemble du projet de la mesure et de l'optimisation de la qualité de vie reste donc vraisemblable et possible. Dans cette perspective, les questions importantes concernent les conditions concrètes de l'élaboration d'instruments permettant cette mesure et les limites de l'utilisation des résultats d'une telle mesure.

b Mesure : quantifier d u qualitatif ?

Pour les théoriciens contemporains, mesurer consiste à appliquer une règle d'attribution de nombres à des objets de façon à représenter quantitativement des attributs : on ne mesure pas des objets, on ne mesure que certains de leurs attributs. Dans une perspective opérationnelle, la qualité de vie doit donc être définie comme un ensemble d'attributs mesurables (pourvu d'au moins un élément). La plupart de ces instruments de mesure sont des ensembles de questions standardisées qui sont regroupées en dimensions ou «concepts» mesurés. On interroge successivement par exemple l'activité physique, l'état psychologique, l'activité sociale et le sentiment de bien-être. Des scores sont attribués aux différentes réponses possibles. Un algorithme permet de calculer le score qui correspond à chaque dimension (et éventuellement le score global). Il s'agit d'identifier les qualités (les dimensions) auxquelles on puisse associer des expressions quantitatives. Ceci est le principe en partie du questionnaire que nous avons utilisé dans notre étude concernant les médecins généralistes : le profil de santé de DUKE.

Néanmoins, mesurer la qualité de vie est loin d'être une tâche universellement reconnue. La plupart des controverses sur la possibilité de mesurer la qualité de vie semblent dues à une méconnaissance des limites que revêt cette entreprise (Leplège, «La mesure de la qualité de vie»). On fait valoir que l'on ne saurait réduire des qualités, ou propriétés intensives, à des quantités, ou propriétés extensives. Certes intuitivement les différences qui existent entre les sexes, les espèces ou les états de santé semblent être des différences irréductiblement qualitatives. Mais il se pourrait qu'à côté de l'approche qualitative soit possible une approche quantitative de l'objet. Il est clair que le projet de mesurer la qualité de vie n'exclut nullement l'approche en termes qualitatifs du réel, tout au contraire. L'analyse qualitative est une condition sine qua non de la mesure puisque c'est d'elle que procèdent les questions à partir desquelles sont composés les instruments. La valeur de la mesure dépend de celle de l'analyse qualitative. La quantification de la qualité de vie a seulement pour objectif de développer une connaissance moins ambitieuse, moins brillante peut-être, mais plus efficace que certaines analyses qualitatives. Sa seule légitimité ne peut donc se trouver que dans la considération de ses effets : il faut, mais il suffit, qu'elle permette d'améliorer la qualité de vie et le bien-être des individus et des populations. Bien que notre ambition soit plus modeste que d'améliorer la qualité de vie des médecins généralistes, nous avons utilisé un questionnaire regroupant deux aspects : quantitatif (Duke) et qualitatif (questionnaire personnel) dans le souci d'être le plus exhaustif possible.

D'autre part, de nombreux économistes et théoriciens de la décision pensent que si l'on peut délibérer rationnellement sur le choix des moyens à utiliser pour satisfaire des préférences, seuls les sujets eux-même peuvent déterminer leurs préférences (par exemple, ne pas effectuer de visites à domicile, de gardes de nuit...). Mais parmi ces désirs, lesquels d'entre eux doivent être considérés comme prioritaires ? Il apparaît difficile de savoir sur quoi se fonder dès lors pour prendre une décision qui intéresse la collectivité et, par exemple, répartir des ressources limitées. On ne peut donc éviter de comparer les préférences individuelles. Or seule la détermination d'un point de vue unique peut permettre de mener à bien cette entreprise. Chaque fois qu'un intérêt collectif est en jeu, il faut, bien sûr, que ce point de vue soit impartial. C'est ce qu'exige la justice.

Quelle procédure peut permettre de construire des indicateurs de résultats qui respectent cette exigence ? Les théoriciens contemporains, en particulier Kenneth J. Arrow, suggèrent qu'il est impossible de constituer un indicateur de choix social qui soit éthique,

c'est-à-dire impartial et ouvert aux différences, quand nous ne sommes informés que sur les préférences individuelles. Ce qui est en cause, c'est la légitimité de la construction d'un consensus de groupe à partir de l'agrégation des utilités ou des préférences recueillies auprès de sujets. Si cette difficulté ne semble pas avoir de solution technique, il reste qu'il est possible d'en minimiser les conséquences en s'assurant de la représentativité des sujets interrogés. C'est ce dont nous nous sommes assurés pour notre questionnaire concernant la qualité de vie des médecins généralistes.

Ainsi, mesurer la qualité de vie des médecins généralistes par l'intermédiaire d'un questionnaire personnel et du Duke demeure un travail incertain malgré la représentativité des sujets interrogés...

c Utilisations

Les utilisations potentielles des mesures de la qualité de vie en médecine et en santé publique sont très nombreuses. Les mesures de la qualité de vie peuvent être intégrées aux études épidémiologiques pour développer la connaissance de l'histoire naturelle des maladies. Elles contribuent à la surveillance de l'état de santé des personnes et des groupes. Elles permettent d'élaborer des stratégies de prévention et d'anticiper la demande de services et de soins. Elles peuvent également participer à l'évaluation des thérapeutiques ou des technologies nouvelles, à la recherche clinique et aux évaluations économiques (les études coût-efficacité).

Mais toutes ces mesures de qualité de vie, énumérées précédemment, font appel à des questionnaires spécifiques s'adressant à une population particulière : les personnes malades. Or, notre enquête s'adresse à des personnes saines : les médecins généralistes. L'emploi, alors, d'un questionnaire générique s'impose. Néanmoins, si l'OMS recense actuellement plus de 400 questionnaires portant sur la qualité de vie des patients, rares sont les questionnaires ciblant la qualité de vie des personnes saines.

Mesurer la qualité de vie des médecins généralistes semble à l'heure actuelle nécessaire compte tenu des dernières grèves révélant un malaise général de la profession. Les réponses obtenues par ce questionnaire devraient nous renseigner sur la qualité de vie des

médecins généralistes. L'image que la société se fait du médecin est-elle en décalage avec la réalité ? Comment les médecins libéraux vivent-ils leur vie professionnelle et familiale ? La qualité de vie est-elle la même pour un médecin rural ou urbain ?

d Conclusion

Finalement, donner une définition de qualité de vie n'est pas une tâche aisée et par conséquent, il est tout aussi difficile de la mesurer objectivement.

Nous retiendrons que la qualité de vie n'est pas identifiable au bonheur, mais, à l'instar du bien-être, elle relève de ses conditions nécessaires. En effet, la qualité de vie se rapproche plus du bien-être physique et psychique, composants de la santé selon l'OMS. Elle se définit également par rapport au degré de satisfaction d'un ensemble de besoins et de désirs déterminés à partir d'un point de vue qui, idéalement, devrait être celui des sujets eux-mêmes. Comme il n'est pas possible de considérer tous les aspects de l'existence, ni de construire un questionnaire par sujet, il faut, pour la mesurer, la réduire à certaines de ses dimensions. Cette réduction est légitime dans la mesure où la perte de réalité qui lui est associée est contrebalancée par l'objectivation de la réalité et par les perspectives de sa transformation (l'amélioration du bien-être général).

La qualité de vie est avant tout un concept dérivé de l'outil qui la mesure. « Etre heureux, c'est se réaliser », atteindre sa finalité, ce pourquoi on est fait. C'est donc un concept réellement philosophique et spirituel, l'éthique étant le moyen de permettre à l'individu d'atteindre sa finalité, qui n'est pas uniquement le bien-être ou la qualité de vie. Vaste problème, sur lequel l'humanité planche depuis les origines…

Pour mesurer la qualité de vie du médecin généraliste, nous utiliserons un questionnaire de type quantitatif et qualitatif afin d'être le plus exhaustif possible et de cerner au mieux l'impact de sa vie professionnelle sur sa vie familiale et ce, en milieu rural ou urbain.

3. La qualité de vie du médecin généraliste

a Le médecin généraliste

Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, il n'est pas possible de définir une liste exhaustive des critères permettant de définir la qualité de vie du médecin généraliste. Nous pouvons au mieux considérer des tendances de vie chez cette catégorie de personnes. Les éléments suivants nous permettent d'approcher une définition de la qualité de vie du médecin généraliste :

- Son niveau de vie,
- sa situation familiale,
- son environnement,
- les conditions de son exercice professionnel,
- son temps libre,
- sa santé,
- son statut et son implication au sein de la communauté

Quant à déterminer si la qualité de vie du médecin généraliste est « bonne », cela sous-entend qu'il faut la comparer soit au restant de la population française, soit à une catégorie socioprofessionnelle de même ordre.

Néanmoins, il semble exister des disparités au sein d'une même profession. C'est pourquoi, nous avons voulu comparer la qualité de vie de médecins généralistes lorrains, au travers d'une enquête réalisée dans deux milieux différents : le milieu urbain et le milieu rural.

Mais auparavant, nous allons dépeindre l'environnement de ces deux catégories de praticiens.

En 2001 et 2002, les médecins libéraux ont fait couler beaucoup d'encre dans les journaux. Leurs conditions de travail semblaient s'être considérablement dégradées (salaires insuffisants, charge de travail et responsabilités croissantes...). De nombreux médecins ont alors eu l'opportunité de s'exprimer dans la presse. Nous avons recueilli quelques-uns de ces témoignages qui retranscrivent la situation générale des médecins généralistes français avant la grève. Ces articles sont répertoriés en annexes.

b Le médecin généraliste urbain

Qu'entendons-nous par médecin généraliste urbain ? Nous considérons qu'il s'agit d'un médecin généraliste libéral installé seul ou en groupe dans une agglomération comportant plus de 100 000 habitants et proche d'un centre hospitalier.

Dans ce paragraphe, nous ne chercherons pas à déterminer si la qualité de vie est meilleure en ville qu'à la campagne mais nous allons tenter d'énumérer objectivement les avantages et les inconvénients qu'offre ce milieu au médecin généraliste.

Tout d'abord, il est évident que le terme définissant le mieux la ville est proximité. En effet, le médecin généraliste peut bénéficier de la proximité d'un centre hospitalier, qu'il soit public ou privé. Il peut ainsi, aisément déléguer certains actes longs et peu rémunérateurs tels que sutures, plâtres... au service d'accueil et avoir accès à des plateaux techniques spécialisés plus facilement.

Les villes comptent également de nombreux spécialistes installés en libéral, auxquels le généraliste pourra aisément faire appel. La proximité d'un service d'urgence et la densité médicale importante lui permettent aussi de limiter ses gardes et astreintes de nuits et de week-end.

De plus, il semble plus facile de se faire remplacer en ville, du fait de la densité médicale, du nombre de visites moins important, de la présence rassurante de l'hôpital pour les jeunes médecins et parfois de la proximité du domicile du remplaçant.

La proximité de nombreux confrères et/ou d'un centre universitaire permet une formation continue plus facile d'accès. Elle permet aussi au médecin généraliste de s'associer plus facilement.

Cependant, la concentration de soins et la densité médicale semblent entraîner une concurrence entre praticiens, les patients n'hésitant pas à papillonner d'un médecin à l'autre, à consulter directement auprès des spécialistes ou à se rendre directement au service d'accueil de l'hôpital.

La clientèle semble plus difficile à fidéliser du fait de l'offre de soins. En effet, la population citadine est plutôt encline à l'anonymat ce qui confère au médecin généraliste un statut avec peu de reconnaissances de la part de la population locale.

Cependant, le milieu urbain comporte d'autres proximités que celles d'ordre médical. Effectivement, la proximité de la culture est également un gage de qualité de vie : bibliothèque, théâtre, opéra, musée, manifestations culturelles... Ceci permet au médecin généraliste d'entretenir aussi des relations avec des personnes de sa catégorie socioprofessionnelle.

La proximité des loisirs joue le même rôle : par exemple, les infrastructures sportives telles que piscine, tennis, golf, ...

La proximité de tous types de commerces est importante : grandes surfaces, magasins spécialisés... , la proximité de l'éducation pour les enfants l'est encore plus : école, collège, lycée, universités ainsi que toutes les filières spécifiques telles le Conservatoire de musique et de danse ...

Un autre avantage des agglomérations de grande taille est l'offre des services : la proximité des administrations (préfecture, sécurité sociale...) et les transports en commun (métro, bus, tram...) permettant une plus grande autonomie des membres de la famille du médecin généraliste.

Le milieu urbain permet également au conjoint du médecin généraliste d'exercer sa profession plus facilement, du fait d'un plus grand nombre de débouchés et de la diversité de l'offre d'emploi.

Cette centralisation des infrastructures et des services offre au médecin généraliste et à sa famille un confort de vie. Cependant, les grandes agglomérations comptent également leur lot de désagréments.

Comme nous l'avons déjà exprimé ci-dessus, la centralisation permet de parcourir peu de distances kilométriques mais ces trajets sont souvent laborieux en voiture, par exemple, le conducteur est soumis au stress d'un trafic automobile peu fluide et par conséquent aux incivilités de certains autres conducteurs... sans compter la perte de temps engendrée par ce phénomène. Il en résulte entre autre un environnement bruyant, sale, malodorant et pollué !

Ainsi, il est difficile de trouver un environnement agréable dans ce milieu si ce n'est d'un point de vue architectural. Les espaces verts sont des denrées rares et envahis au moindre rayon de soleil.

Le milieu urbain a également l'inconvénient majeur de bénéficier d'un coût de la vie élevé. En effet, la densité de population a pour conséquence d'offrir des logements très chers, l'immobilier se négociant souvent à prix d'or. Les impôts locaux, les ordures ménagères, ... sont également souvent plus élevés qu'en milieu rural.

D'un point de vue professionnel, les frais afférant au local du cabinet médical sont conséquents (achat, taxes professionnelles...) surtout si le médecin généraliste n'est pas associé. Néanmoins, même si le coût de la vie se révèle plus élevé, le prix de la consultation, lui, ne varie pas. Il semblerait, alors, que le niveau de vie du médecin généraliste soit moins important en milieu urbain qu'en milieu rural.

Finalement, nous venons de dépeindre les avantages et les inconvénients qu'apporte le milieu urbain au médecin généraliste tant d'un point de vue professionnel que personnel. Nous retiendrons principalement que d'un point de vue professionnel les possibilités qu'offre la ville semblent globalement moins intéressantes (concurrence importante, clientèle difficile,

frais conséquents et donc revenu moindre) . Cependant, d'un point de vue personnel, la ville se révèle beaucoup plus pratique et enrichissante (culture, loisirs, éducation...) Ainsi, le milieu urbain apporte au médecin généraliste un pragmatisme personnel mais avec des conditions d'exercice médical moins favorable qu'en milieu rural ainsi qu'un niveau de vie moins élevé.

c Le médecin généraliste rural

En préambule de ce paragraphe, nous citerons un article du Docteur Binder, président de l'association nationale «Généralistes et Toxicomanies» :

La médecine de famille une espèce menacée...de mutations !

(voire menacée tout simplement...)

Biotopologie

« Médecin généraliste » encore appelé « médecin de famille ».

Son biotope s'étend en moyenne sur un rayon de 10 km en campagne. Ce territoire imprécis étant fort imbriqué avec celui de ses congénères, il entretient des rapports confraternels sur un mode d'entente cordiale réservée.

Ethologie

Ses particularités essentielles restent :

- un individualisme très conscient de son niveau d'acquisition

- un souci de permanence, de service et de disponibilité sur son territoire

-un besoin de confiance et de fidélité

Corvéable à la demande, sa vie diurne et nocturne est réglée par le rythme des appels et des sollicitations, avec cette impression diffuse d'avoir à faire supporter la modernité par l'aide de ses meilleures thérapeutiques.

En diverses occasions, quelques spécimens isolés variant leurs habitudes développent en surface ou en profondeur un particularisme de circonstance ou de conviction.

C'est un animal secret, pour qui la discrétion reste un gage de survie et la liberté un oriflamme, solidement attaché par une convention médicale.

Elevé par et pour le centre hospitalier, instruit par et pour les maladies, il découvre plus tard en pleine nature le malade et sa personnalité, puis le reste de la tribu familiale avec laquelle il établira au fil du temps un équilibre de liens réciproques instables.

Certains prolongent le zèle au traitement du groupement social avec une abnégation qui sera de toute façon toujours suspecte. Son chemin va du corps à la communauté par la famille.

Son exercice se répète dans la diversité quotidienne, sur une partition bien rythmée sur 5 temps : « Ecoute – interrogatoire – examen – prescription – paiement » et ... poignée de confiance !

Son organisation de pensée tient surtout de la déduction logique. Il se doit d'être l'homme des décisions rapides ; le patient voulant pour l'essentiel de l'efficacité rassurante.

Ce portrait humoristique définit en quelques lignes les caractéristiques du médecin généraliste rural. Nous entendons par médecin généraliste rural un médecin libéral exerçant seul ou en association dans une zone composée d'un ensemble de villages de moins de 2000 habitants (source INSEE).

Si proximité était le terme définissant le milieu urbain, isolement est celui qui définit le mieux le milieu rural et ce malgré le développement de la technologie (Internet, téléphone portable, ...)

En effet, les distances kilométriques à parcourir sont souvent importantes que ce soit entre deux visites de patients ou pour trouver simplement une boulangerie. De plus, les infra-structures routières sont parfois de mauvaise qualité (routes nationales, départementales sinueuses, étroites et même parfois non déneigées l'hiver...). De même, en milieu rural, les réseaux de téléphonie mobile font parfois défaut, en terme de couverture du territoire ou de qualité de réception..

Entre autre, le seul moyen de transport reste la voiture, les rares bus sont destinés aux transports scolaires. Ainsi, par opposition au milieu urbain, chaque infra-structure est lointaine que ce soit un centre hospitalier, les commerces, les écoles, les administrations, les lieux de loisirs ou de culture... Les répercussions sur la vie professionnelle du médecin

généraliste se font immédiatement ressentir : le médecin ne peut pas déléguer facilement ses patients à des collègues spécialistes beaucoup moins nombreux en milieu rural, il doit avoir une autarcie médicale importante pour parer à toutes les éventualités. Il doit également faire preuve d'une polyvalence professionnelle considérable.

D'autre part, l'exode rural confère au médecin généraliste une clientèle d'une moyenne d'âge élevée, cette population vieillissante nécessite encore plus de visites à domicile ce qui s'ajoute à un secteur déjà important à couvrir pour le médecin généraliste. En effet, il n'est pas toujours possible de regrouper ou programmer des visites à domicile. Ces transports constituent une perte considérable de temps et donc d'argent, compte tenu du prix unique de la visite indépendant de la distance parcourue.

Néanmoins, la faible densité de médecins généralistes en milieu rural implique qu'il existe peu de concurrence entre confrères. La salle d'attente du médecin rural est rarement vide...au contraire. Les journées du médecin généraliste rural sont parfois très longues, il ne peut moralement pas laisser ses patients sachant que ceux-ci n'ont pas d'autres solutions. A ce même titre, les gardes et astreintes de nuits et de week-end sont très souvent nombreuses.

Cette faible densité médicale en campagne oblige le plus souvent le médecin généraliste à travailler sans associé faute d'en trouver...

Il est tout aussi difficile de se faire remplacer, le milieu rural attirant peu les jeunes médecins, se sentant, semble-t-il, plus à l'aise à côté d'un centre hospitalier, et de plus en plus, voulant favoriser leur vie personnelle par le biais d'une réduction du temps de travail.

Le coût de la vie en milieu rural demeure moins élevé. L'immobilier, par exemple, est plus abordable financièrement qu'en milieu urbain, que ce soit pour le local professionnel ou pour le logement personnel. Les habitats sont souvent spacieux et agrémentés de jardins.

De plus, l'environnement champêtre est souvent agréable et calme. Le médecin généraliste peut aisément profiter du cadre privilégié qu'offre la nature.

Ainsi, son niveau de vie est plus élevé en campagne car les frais semblent moins élevés qu'en ville et ce pour de mêmes honoraires.

Cependant, une ombre obscurcie ce tableau : le conjoint du médecin généraliste a-t-il une profession qui lui permette d'exercer dans un milieu rural ? En effet, si ce dernier exerce un métier comme ingénieur chimiste ou publicitaire..., la proximité immédiate d'une agglomération est nécessaire ou il devra plus radicalement renoncer à sa carrière ou à son conjoint... Il est important également que le conjoint supporte le rythme de travail conséquent du médecin généraliste.

En outre, une autre caractéristique du milieu rural est le non-anonymat. Le médecin généraliste bénéficie d'une plus grande reconnaissance car il est considéré comme une figure notable de la communauté locale. En effet, tout le sens de médecin de famille est alors exprimé. Chaque individu connaît le médecin et le médecin connaît chacun de ses patients et parfois depuis leur plus jeune âge. L'aspect relationnel est donc plus constructif qu'en milieu urbain. Il est plus facile pour le généraliste de s'investir dans la vie communautaire.

Nous venons donc de dépeindre les avantages et les inconvénients qu'apporte le milieu rural au médecin généraliste tant d'un point de vue professionnel que personnel. Nous retiendrons principalement que d'un point de vue professionnel les possibilités qu'offrent la campagne semblent globalement intéressantes (peu de concurrence, clientèle abondante et agréable, un niveau de vie supérieur au restant de la communauté). Cependant, d'un point de vue personnel, la campagne se révèle beaucoup moins pratique (isolement culturel, éducatif, ...) Ainsi, le milieu rural apporte au médecin généraliste un cadre de vie agréable pour peu qu'il n'ait pas peur d'une charge de travail conséquente.

Finalement, nous avons décrit dans les deux paragraphes précédents les avantages et les inconvénients que peuvent apporter les milieux ruraux et urbains à la qualité de vie du médecin généraliste. Cependant, ce descriptif volontairement tranché peut sembler quelque peu caricatural : l'image d'Epinal du bon médecin de famille rural dévoué corps et âme s'opposant au médecin citadin sophistiqué et cultivé. La réalité actuelle se présente différemment : les médecins urbains souffrent eux aussi parfois d'une surcharge de travail lié à de trop nombreux patients.

Nous l'avons vu dans le premier paragraphe, la médecine générale est en pleine mutation et ce dans les milieux ruraux et urbains. Les mentalités des patients se modifient également. Exercer en milieu rural ou urbain confère a priori une qualité de vie équivalente dans son ensemble, ensuite, seules les priorités personnelles du médecin généraliste entrent en ligne de compte.

Cependant, nous pouvons constater qu'actuellement les zones rurales attirent de moins en moins les jeunes médecins généralistes, des primes à l'installation sont même mises en place dans ces zones. A l'ère des 35h, il semblerait que la charge de travail qui incombe au médecin libéral en milieu rural rebute les jeunes diplômés…

Rythme de travail

II. Le rythme de travail du médecin généraliste

La qualité de vie du médecin généraliste est indéniablement liée à son rythme de travail. En effet, à la quantité de travail effective vient se greffer un temps de transport important lié aux visites à domicile et des responsabilités qui continuent à peser moralement au généraliste même après ses heures de travail quant aux choix de ses décisions. Par ailleurs, les horaires d'ouverture du cabinet du généraliste sont souvent extensibles, tant qu'il y a des malades il les soigne. Ainsi, à son travail quotidien viennent s'ajouter les contraintes des gardes de nuit et de week-end. Tout ceci a obligatoirement une conséquence sur sa vie de famille. C'est ce que nous allons analyser dans ce chapitre après avoir minutieusement décrit le travail qui incombe au médecin libéral.

A. Le médecin libéral

Rhumes, gastro-entérites, grippes, mal au dos, fatigues et douleurs diverses..., le médecin généraliste accueille chaque jour dans son cabinet des hommes, des femmes, des enfants et des personnes âgées. Outre son diagnostic, tous attendent de lui le soulagement et la guérison. Il n'est pas rare qu'il reçoive 25 personnes dans la journée. La disponibilité est de rigueur pour prêter à chacun une oreille attentive. Si les pathologies sont souvent les mêmes, il n'y a pas deux personnes identiques ! Là réside l'intérêt –mais aussi la difficulté– du travail quotidien du médecin généraliste. La formation continue, indispensable pour remettre à jour ses connaissances et ne pas laisser passer inaperçus les symptômes d'une atteinte grave, est maintenant obligatoire.

A la fin de ses 9 années d'étude, le médecin s'engage, selon les termes du serment d'Hippocrate, à rétablir, préserver, promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux. Un rôle que le généraliste remplira dans des conditions variées selon le lieu de travail choisi.

Consultations au cabinet, visites à domicile, contacts avec des confrères et d'autres professionnels de la santé, formation continue...le temps de travail du généraliste libéral dépasse largement les 35 heures, qu'il exerce en ville, en banlieue ou à la campagne !

Ainsi, il nous est apparu important de décrire avec précision le fonctionnement d'un cabinet de médecine libérale pour mieux comprendre et évaluer la charge de travail qui incombe au généraliste. En effet, au-delà de l'activité médicale, le médecin libéral est quotidiennement confronté aux soucis de tout chef d'entreprise, point capital, oublié des de la formation initiale et de la rémunération. La fiscalité et la comptabilité constituent l'aspect de l'exercice professionnel dont les mécanismes et l'esprit même sont étrangers à l'univers médical. Malheureusement, au cours de ses études, le futur médecin n'a pratiquement pas l'occasion d'être informé des problèmes économiques, juridiques et fiscaux qu'il aura à connaître à l'occasion de l'exercice libéral de sa profession. Ainsi, les tâches administratives que le généraliste doit affronter sont souvent perçues comme de véritables servitudes bien loin de la vocation médicale initiale. Finalement, hormis les consultations et les visites, nous allons examiner la charge de travail du médecin libéral. Pour cela, nous allons décrire, d'une part, la gestion quotidienne du cabinet médical et d'autre part, la gestion comptable et fiscale annuelle de ce dernier.

1. La gestion quotidienne du cabinet médical

Accroître les recettes, limiter les dépenses, c'est de la gestion quotidienne ; mais le médecin libéral n'a pas pour seul souci la rentabilité financière de son cabinet ; la finalité de son activité, c'est le malade et la qualité des soins. Aussi les décisions qu'il est amené à prendre doivent-elle toujours tenir compte de cet objectif prioritaire. Une bonne gestion doit avoir pour but essentiel de permettre au médecin de pratiquer une médecine de qualité dans les meilleures conditions techniques, tout en lui procurant des revenus en rapport avec ses capacités et son travail, et tout en lui laissant suffisamment de temps pour ses loisirs et sa famille. Cela suppose d'une part une planification efficace de son activité ; d'autre part une bonne orientation de ses investissements et une parfaite maîtrise des dépenses. De cette gestion financière dépendent les revenus du médecin et par là même son niveau de vie et

celui de sa famille. Or, nous l'avons vu précédemment, dans une société capitaliste, la qualité de vie est directement liée, entre autre, au salaire. C'est pourquoi l'aspect financier du libéralisme médical peut apparaître mercantile mais néanmoins indispensable.

a La maîtrise des recettes : gestion de l'activité

Les recettes du cabinet médical proviennent exclusivement du travail du praticien. Pas de « produits financiers», pas de vente d'objets ou de médicaments (rares exceptions), pas de loyers, hormis quelques cabinets de groupe mettant des locaux à la disposition de médecins ou de paramédicaux extérieurs au groupe.

La médecine libérale étant rémunérée à l'acte, l'importance des recettes est donc fonction d'une part, du montant des actes, et d'autre part, du nombre des actes effectués et donc du temps travaillé. Maîtriser ses recettes pour un médecin, c'est théoriquement fixer à leur juste prix la valeur des actes pratiqués, et gérer son activité.

La *valeur des actes* est liée au statut conventionnel. En fait, seuls les médecins titulaires du Droit permanent à dépassement (Dp), ceux exerçant dans le secteur 2 à honoraires «différents» ou hors convention, sont susceptibles de fixer eux-mêmes, dans les limites du «tact et mesure», la valeur de leurs actes. Celle-ci résulte alors d'un certain nombre de facteurs : la nature de l'acte, sa longueur, sa difficulté, la notoriété du praticien, son lieu d'exercice, les exigences du malade et ses possibilités financières et, bien entendu, la loi de l'offre et de la demande. Les lois du marché s'appliquent ainsi pour certains actes hors nomenclature, tels que les séances de psychanalyse, les actes d'esthétique ou pour certains praticiens très «demandés» (parce que de grande notoriété, ultra spécialisés ou simplement à la mode).

Mais le médecin exerçant dans le secteur à honoraires «opposables» ne peut fixer le prix de ses actes. C'est dire que nomenclature des actes médicaux et tarifs conventionnels constituent pour la très grande majorité des médecins les éléments essentiels de la rémunération de leur activité. Dans ce cadre rigide, le médecin ne dispose que de peu de facilités pour agir sur la valeur des actes ; sans doute peut-il en cas d'exigence particulière du malade, appliquer un dépassement (De) ; sans doute à l'inverse, la concurrence peut-elle

entraîner certains médecins ruraux à ne pas faire payer au malade tous les kilomètres parcourus et à s'aligner sur le médecin le plus proche ; mais les marges de fluctuation sont étroites et les possibilités de modulation des tarifs sont pratiquement nulles pour les médecins du secteur 1. Augmenter son temps de travail quotidien est quasiment la seule solution restant au généraliste désireux d'augmenter ses revenus.

Accroître les recettes en agissant sur la valeur des actes reste donc une faculté limitée. Elle existe à tout moment pour le médecin exerçant en secteur 2. Tous les éléments économiques pèsent sur cette décision. Mais il convient d'apprécier l'état du «marché» et de juger des modifications qu'un accroissement des prix peut entraîner sur le volume de l'activité. Le montant des recettes est toujours le produit du nombre d'actes par le prix des actes. Le médecin libre de ses tarifs devra ne jamais le perdre de vue avant d'en fixer le montant.

Mais le médecin soucieux de maintenir son chiffre de recettes doit être vigilant à ne pas non plus perdre de vue les intérêts de ses patients.

♦ *Bien gérer son activité*

L'activité du médecin libéral commande directement son chiffre d'affaire. Dans un système basé sur le paiement à l'acte, les revenus du médecin libéral sont dépendants du nombre d'actes et de la nature des actes effectués ; et dans la mesure où «un médecin ne peut employer pour son compte un autre médecin ou un étudiant en médecine» (art. 87 du Code de Déontologie), où il ne peut «faire gérer son cabinet par un confrère» (art. 89) ils sont donc étroitement liés à l'activité effective du médecin.

Cette activité n'est pas identique tout au long de la vie professionnelle et le *profil de carrière* du médecin libéral est tout à fait différent de celui d'un cadre supérieur ou d'un médecin salarié. Installé assez tard, vers 28-30 ans et même plus s'il s'agit d'un spécialiste, son activité s'accroît au cours des premières années, augmente très progressivement pendant cinq ans, puis continue à se développer pendant deux à trois ans, mais beaucoup plus lentement, pour atteindre un plafond vers la dixième année d'installation. Elle se maintient

ensuite en plateau pendant une vingtaine d'années avant de décroître plus ou moins rapidement au cours des dernières années d'exercice.

L'activité moyenne d'un généraliste se situe au-dessous de 5000 actes par an (4750 en 1993). Le rachat d'un cabinet, l'installation en groupe, modifient ce profil de carrière ; leur intérêt est précisément d'en corriger les désagréments.

♦ *Le temps de travail*

Le temps de travail du médecin n'est pas identique à son temps de production. Les études effectuées montrent qu'il existe un grand écart entre les deux. La semaine de travail du médecin libéral varie de 38 à 100 heures selon que l'on prend ou non en compte le temps de garde[2]. Car aux 25 à 40 heures consacrées directement aux malades, se surajoutent 3 à 8 heures de déplacements, 2 à 6 heures de téléphone, correspondance et administration, 4 à 8 heures de lectures et formation médicale continue, et un temps de garde qui peut être nul mais peut dans certains cas dépasser les 30 heures par semaine. Le «budget-temps» du médecin libéral demande donc une gestion attentive et le médecin doit faire des efforts de productivité.

♦ *La productivité*

Productivité, rendement, rentabilité, organisation, planification, des mots qui sentent le soufre et que le médecin ne veut généralement pas entendre. Ils évoquent le travail à la chaîne, l'horloge pointeuse, le chronométrage, les gestes mécanisés, la rigidité d'un emploi du temps, les malades numérotés qui se succèdent au rythme de l'ouverture des portes toutes les dix minutes. Organiser la médecine c'est peut-être la dénaturer, c'est lui faire perdre son caractère humain, c'est oublier qu'il s'agit d'une pratique qui conjugue subtilement connaissances scientifiques et sens des relations. La médecine organisée en vue d'une productivité, c'est déjà une médecine industrialisée.

Et pourtant, quelle est la valeur humaine d'une consultation où l'entretien est interrompu par le téléphone à cinq ou six reprises ? Quelle est la valeur technique d'un examen médical pratiqué sur un lit au ras du sol dans une pièce où hurlent des enfants et crie

[2] Point Stat N° 33, Direction des statistiques et des études, CNAMTS, 2001

la télévision ? Où est l'intérêt du malade s'il doit attendre jusqu'au soir une visite qui aurait pu être faite dès le matin?

La disponibilité du médecin est-ce la possibilité de répondre à tout appel 24 heures sur 24 et sept jours sur sept ou une écoute favorable aux moments qu'il a choisis de réserver à son exercice ?

Il est naturel que le généraliste s'interroge sur la pratique de sa médecine, il est partagé entre l'intérêt de ses patients et ses propres intérêts personnels. Mais toute cette gestion méticuleuse du temps contribue à stresser le médecin en ne lui permettant pas d'exercer la médecine à son rythme et par là même dégrade sa qualité de vie familiale et professionnelle.

Le terme de productivité employé pour la profession médicale doit être pris dans un sens très différent de celui qui est utilisé dans l'industrie. Il ne s'agit pas de «produire d'avantage à moindre coût» ou «dans une même unité de temps», mais de produire mieux. La productivité vise également à permettre aux producteurs d'exercer leur fonction de façon efficace et de satisfaire le plus complètement possible les vrais besoins des consommateurs. L'objectif est qualitatif plutôt que quantitatif.

Les efforts de productivité doivent avoir pour but d'améliorer le fonctionnement du cabinet médical et de permettre au médecin d'accomplir dans les meilleures conditions possibles des actes de la meilleure qualité ; de diminuer le temps de travail sans diminuer le temps de production et le temps de formation. Cette recherche de productivité peut paraître tout à fait illusoire au jeune médecin qui attend ses premiers clients et au médecin qui voudrait bien voir s'accroître son activité professionnelle ; mais dans la mesure où certaines dispositions permettent d'améliorer la qualité de l'acte médical, où d'autres donnent la possibilité de se libérer pour une activité hospitalière ou de formation, chacun en réalité peut se sentir concerné.

«Organiser» peut être créateur de temps et de liberté, en supprimant un certain nombre de contraintes, en diminuant le poids de toutes les tâches non médicales. Au cabinet médical, ceci n'implique pas obligatoirement des réformes de structure, l'embauche de personnel ou le

regroupement. Si la médecine de groupe permet effectivement, tout en assurant une permanence des soins et en préservant le libre choix du malade, de libérer les praticiens des problèmes administratifs et de leur assurer le temps nécessaire à leur formation continue ; si un secrétariat, éventuellement assuré par le conjoint du médecin, est susceptible également de contribuer efficacement à une meilleure organisation du travail, il faut considérer que même dans un cabinet individuel et avec un secrétariat réduit, une bonne gestion de l'activité médicale est toujours souhaitable et possible. C'est à ce souci que peut répondre l'informatisation du cabinet.

♦ *La planification du travail*

Chaque médecin y procède en fixant ses horaires de consultations ou les dates de ses vacances. Le médecin ouvrant sa porte à chaque coup de sonnette, dimanche y compris, est désormais du domaine du passé. Le plus souvent, ses horaires sont établis intuitivement et dans un souci de convenance personnelle plutôt qu'après une étude des besoins de la clientèle, dans la mesure où ceux-ci sont difficiles à connaître. Mais, avec le développement du cabinet, pourrons être établis et suivis régulièrement des indicateurs d'activité qui permettront de modifier s'il y a lieu de façon plus rationnelle l'emploi du temps du médecin.

Le rythme de travail du médecin est fonction de la part respective qu'il entend donner à sa vie professionnelle et à sa vie personnelle. Selon qu'il souhaite privilégier plus ou moins son travail, le médecin consultera tous les jours et ne partira pas en vacances, ou au contraire prendra tous ses week-ends, un jour de repos dans la semaine et toutes les vacances scolaires. Il est bien certain que, le plus souvent, son attitude se modifie au cours de sa carrière, que le jeune médecin accroît le nombre d'heures de présence et le médecin surchargé celui des jours de congé. Mais cette organisation est aussi fonction de la nature du travail des conditions de travail, par exemple, dans les cabinets de groupe, le contrat d'exercice en commun fixe les limites du pouvoir de décision de chacun.

Différents éléments peuvent être pris en considération pour la date des vacances annuelles : la nécessité d'un repos compensateur justifie des vacances après les périodes de grosse activité ; ainsi le médecin de montagne choisira-t-il de s'arrêter en avril ou mai, le

médecin thermal en novembre. Mais une forte activité également répartie dans l'année pourra au contraire mieux s'accommoder de repos fréquents, trimestriels, voire bimestriels.

Cependant, dans tous les cas, les vacances s'imposent presque comme une nécessité dépendant exclusivement de l'activité professionnelle. Ainsi, les vacances familiales peuvent vite devenir inexistantes si la nécessité de repos du médecin ne coïncide pas avec les vacances de son conjoint et de celle de ses enfants. Par conséquence, la vie familiale du médecin en pâtira et donc nuira à sa qualité de vie.

Dans certaines zones géographiques, toute l'activité est liée au fonctionnement d'une entreprise, et tout s'arrête lorsque l'entreprise ferme pour congés annuels ; Ce qui déterminera, bien entendu, également l'attitude du médecin. Un problème se pose à l'occasion des vacances du médecin libéral. Doit-il se faire remplacer ? Les éléments financiers sont bien sûr à examiner, car si l'activité est faible, le remplaçant représente une dépense pour le cabinet mais ils ne sont pas les seuls à prendre en considération. La présence d'un remplaçant au cabinet, là où le malade est habitué à se rendre et à téléphoner, maintient la clientèle et évite le recours à d'autres confrères, souvent concurrents. Néanmoins, la difficulté croissante actuelle à trouver un remplaçant est telle que certains généralistes par conscience professionnelle sont obligés de réduire au minimum leur temps de congés, ce qui constitue une entrave à leur qualité de vie.

Semaines plus chargées et vacances plus fréquentes, ou plus longues, semaines moins chargées et vacances moins fréquentes, l'option reste individuelle et peut varier chaque année. Sur le plan de l'économie du cabinet, ce qui compte en fait, c'est le nombre de jours de travail dans l'année. Il convient en effet de rapporter à chaque journée de travail la totalité des charges du cabinet, qui courent sur l'année entière ; et plus le nombre de journées de travail sera élevé, plus légère sera la charge journalière. Avec une activité moyenne annuelle de 4800 actes, tel généraliste effectuera 110 actes par semaine et prendra 9 semaines de congé ; tel autre avec 100 actes par semaine de moyenne disposera de 4 semaines de vacances annuelles. Tel médecin verra 60 patients par semaine en 3 jours ; tel autre en 5 jours d'exercice. Pour une activité annuelle de 2700 actes, tous deux pourront prendre 7 semaines de vacances. Le premier aura occupé son cabinet 135 jours, le second 225 jours. Rythmes de l'activité dans la semaine et dans l'année sont des éléments dont il faut tenir compte. Cet aspect du libéralisme constitue un avantage pour la qualité de vie du généraliste. Cela lui permet de s'adapter au

rythme de vie de sa famille pourvu que les capacités physiques du médecin lui permettent d'enchaîner 60 patients en 3 jours...

C'est principalement dans l'organisation du travail quotidien que le médecin a la possibilité de faire des efforts de productivité et donc d'améliorer ses conditions de travail. Que de temps perdu au téléphone avec le patient qui vous consulte directement et gratuitement, avec le malade qui veut un rendez-vous mais qui a son coiffeur, la leçon de piano de sa fille, la piscine de son fils, à chaque heure que vous lui proposez. Que de temps perdu à chercher un malade dont l'adresse est incomplète, ou à retourner le soir dans un quartier où on est allé le matin même, parce que le malade a appelé après votre départ. Que de temps perdu à chercher un dossier, un résultat, un imprimé, une facture ; à nettoyer ou stériliser du matériel. Que de temps perdu en déplacements, dans les trajets ou dans les embouteillages. Que de temps perdu à attendre les malades alors que, plus tard, on devra écourter une consultation parce que la salle d'attente est pleine.

Il faut s'efforcer de faire disparaître ces temps perdus et de travailler tout au long de la journée, de façon régulière, continue. Certes, il y a des imprévus, des urgences, des actes plus longs que d'autres, et l'activité d'un médecin ne peut se débiter en tranches égales, également réparties du matin au soir mais, en ce domaine, les efforts de rationalisation et d'éducation des malades sont particulièrement payants.

L'organisation de consultations sur rendez-vous, longtemps considérée comme impossible par les médecins, est désormais bien répandue. Elle a été rendue plus aisée par la diffusion du téléphone portable, l'utilisation des répondeurs téléphoniques ou de secrétariats téléphoniques. Le médecin peut choisir de ne recevoir que sur rendez-vous, d'alterner consultations ouvertes et consultations sur rendez-vous dans la même journée ou selon les jours, voire de laisser les deux en laissant volontairement des blancs dans son planning de rendez-vous pour pouvoir accueillir les urgences ; ou au contraire, de placer dans une consultation ouverte un rendez-vous toutes les heures pour les malades qui ne peuvent attendre. L'important c'est que l'horaire de rendez-vous soit respecté par les malades et si possible par le médecin sinon l'inconvénient du stress engrangé par la course après le temps annulera le bénéfice de cette méthode. Il convient notamment de s'astreindre à commencer à l'heure exacte du premier rendez-vous et à ne pas donner de rendez-vous à une heure où on a peu de chances d'être présent. En effet, un malade qui attend trop longtemps dans la salle

d'attente aura plus de chance d'être un patient stressé et râleur durant la consultation, ce qui constituera un désagrément pour le praticien qui devra affronter patiemment les assauts de mécontentements du malade qui reste avant tout un client. Ainsi, le médecin accumulera nerveusement tout ce stress. Il n'est pas la peine de préciser l'impact négatif qu'aura cet événement sur la qualité de vie du praticien. Pour parvenir à discipliner les malades, il faut s'efforcer de leur montrer que les rendez-vous contraignent aussi le médecin.

Le respect des horaires est souvent fonction d'une bonne prise de rendez-vous. Certes, il n'est pas toujours possible de prévoir la durée d'une consultation, mais pourquoi donner des rendez-vous tous les quarts d'heure quand on ne garde jamais un malade moins de vingt minutes, et laisser les retards s'accumuler tout au long d'une après-midi ? Mieux vaut laisser 2 ou 3 trous dans le planning pour absorber tout ou partie du retard ; ils serviront le cas échéant à dicter du courrier, ranger des dossiers, ou donner un coup de téléphone. De même peut-on dans certains cas réserver un rendez-vous plus long pour des malades dont le cas apparaît plus difficile ; peut-on prévoir d'éviter que se succèdent plusieurs nouveaux malades en alternant anciens et nouveaux ; peut-on regrouper les petites interventions ou au contraire les entrecouper de consultations pour permettre le nettoyage du local et des instruments. Même sans secrétaire, avec un répondeur téléphonique, un interphone, voire une caméra vidéo contrôlant les entrées dans le cabinet, un médecin peut parvenir à organiser rationnellement ses consultations. Le gain de temps ne se traduit pas toujours par une plus grande activité et un accroissement des recettes, mais la qualité de l'acte médical est en tous les cas améliorée, lorsque le médecin est moins bousculé, moins dérangé, moins pressé. Exercer la médecine dans des conditions optimum est source de satisfaction pour le généraliste qui améliorera alors son bien-être et donc sa qualité de vie.

Si la visite au domicile du malade reste un acte spécifique de la médecine libérale française, il s'agit d'une anomalie sur le plan économique dans la mesure où un technicien hautement qualifié, le médecin, passe une partie importante de son temps en déplacements et ne peut faire rémunérer ce temps à sa valeur intrinsèque. Le médecin doit donc s'efforcer de diminuer le nombre des visites au profit des consultations. Comment y parvenir ? En installant le cabinet à proximité des moyens de communication, dans une zone où le stationnement est possible ; en offrant à la clientèle des horaires de consultations très variés pour tenir compte des heures de travail, des jours de repos, des diverses catégories sociales qui la composent : consultations en fin d'après-midi, en début de matinée pour les ouvriers en équipe, le mercredi après-midi pour les enfants scolarisés, le lundi pour les commerçants... ;

en recevant sur rendez-vous et en s'efforçant de les respecter. Ainsi disparaissent une grande partie des motivations qui déclenchent l'appel à domicile, et est-il possible de faire comprendre au malade que son intérêt est de se rendre au cabinet du médecin.

Restent les visites justifiées pour les malades fébriles, les handicapés, les personnes âgées ou très isolées... Des efforts doivent être faits pour rationaliser les déplacements et diminuer le temps perdu : habituer les malades à appeler le matin avant le départ du médecin ; organiser des circuits pour les déplacements ruraux avec des appels téléphoniques réguliers au cabinet où, connaissant le circuit du médecin, on a pu informer le malade sur les possibilités de passage de celui-ci ; préparer ses déplacements en ville en tenant compte des sens uniques, des zones de stationnement interdit et des carrefours embouteillés. Et si, d'une façon générale, il y a intérêt à ne pas multiplier les allers et venues et à regrouper les visites, certains médecins aiment entrecouper une trop longue après-midi de consultations par une sortie d'une heure ou deux. Ainsi, limiter le nombre des visites permet d'économiser le temps précieux du généraliste. Ce gain de temps pourra alors être utilisé à des fins personnelles par exemple et augmenter le temps consacré aux loisirs, à la famille et au repos.

Les urgences constituent pour le médecin une grande perte de temps. Survenant à tout moment de la journée, elles brisent un circuit de visites bien préparé, interrompent brutalement une séance de consultations. Aussi a-t-on vu progressivement les médecins devenir réticents à répondre aux urgences. Depuis quelques années dans certaines régions, un mouvement inverse commence à se dessiner ; les médecins généralistes se coordonnent entre eux et coopèrent avec le centre 15, se répartissant les gardes de jour et de nuit afin de répartir équitablement et de manière opérationnelle l'effort de garde. Cette technique permet d'avoir des week-ends de garde qui reviennent moins souvent et par-là même améliore sa qualité de vie. Ainsi l'urgence qui constitue par nature l'imprévisible, l'irrationnel, peut-elle s'intégrer à une planification du temps de travail du médecin libéral lui permettant tout à la fois de répondre complètement à sa mission et de gérer au mieux son activité professionnelle.

L'association, la médecine de groupe, permettent une meilleure gestion de l'activité médicale, mais le médecin isolé peut, avec un équipement de bureau et de communication bien conçu, et éventuellement l'aide d'un secrétariat, parvenir à une organisation du travail tout à fait rationnelle qui contribuera à améliorer la qualité des soins et la qualité de vie du généraliste et de ses patients.

♦ *L'informatique au cabinet médical : avantages et inconvénients*

Dans cette recherche d'une meilleure productivité et donc d'une meilleure qualité de vie, le médecin soucieux d'être déchargé des tâches administratives pour mieux se consacrer à ses malades, a accueilli avec intérêt l'arrivée sur le marché des ordinateurs. Syndicats, associations de formation continue, fabricants de matériel et de logiciels se sont penchés sur le créneau de l'informatique médicale. Les services que peut rendre celle-ci sont nombreux et divers ; tous ne présentent pas un intérêt identique pour tous les praticiens et il convient avant de se lancer dans l'aventure informatique, désormais obligatoire, d'en apprécier à la fois les avantages et les servitudes.

L'ordinateur aide à la tenue de la comptabilité des recettes et des dépenses, au calcul des amortissements, à établir la déclaration d'impôts, les bulletins de salaire, les déclarations URSSAF, à gérer les tiers-payants, les stocks...Il permet également d'organiser la prise de rendez-vous, l'édition d'ordonnances, de conseils hygiénodiététiques, de lettres types.

La gestion informatisée du fichier suppose que le médecin établisse lui-même son programme en fonction de ce qu'il attend de son fichier : antécédents, suivi des malades, vaccinations, ... Le fichier informatisé peut rendre de grands services lorsqu'il doit être consulté par de nombreux médecins (spécialiste, remplaçant...) ; mais il est important de savoir :

- qu'un fichier «malade» doit durer 30 ans et qu'il doit donc être «transférable» si le médecin change d'ordinateur ou de programme ;

- qu'il doit être accessible à tout moment, ce qui suppose un matériel très fiable, une sauvegarde régulière ;

- qu'il doit respecter le secret professionnel ;

Le médecin peut également disposer à son cabinet de matériel lui permettant l'accès à des banques de données : bibliographie, interactions médicamenteuses, conduites

thérapeutiques, aide au diagnostic, information professionnelle. Ces services, qui se sont développés, facilitent la tâche du praticien et lui permettent d'améliorer la qualité des soins. Mais, la réelle révolution en matière d'informatique médicale reste la création de réseaux de santé via internet.

Les réseaux de soins représentent la coordination des soins entre professionnels de santé dans le but de soigner de façon plus efficace les patients. Cela implique un réel partenariat entre les personnes soignant le même patient. L'utilisation des réseaux informatiques facilitera grandement leur développement. Par ailleurs, le réseau de Santé Social constitue également une véritable avancée technique pour l'aspect administratif de la santé. Le réseau Santé Social (RSS) est un Intranet, c'est-à-dire un réseau privé, sécurisé et dédié aux professionnels de la santé, fondé sur les technologies Internet. Ce réseau permet à l'ensemble des professionnels de la santé d'échanger des informations sécurisées et de bénéficier des services spécifiques au domaine de la santé. Les objectifs de ce réseau sont, en premier lieu, de permettre la télétransmission des feuilles de soins aux organismes d'assurance maladie mais aussi d'offrir aux professionnels de la santé une ouverture sur Internet et ses énormes possibilités... Les acteurs connectés à ce réseau seront :

- les professionnels de santé : médecins, pharmaciens, laboratoires d'analyse, infirmières, etc. ;
- les établissements de soins publics et privés ;
- les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire ;
- les services du ministère de la Santé de l'Action et de la Protection sociale ;
- les fournisseurs de services et les réseaux associés agréés par le ministère.

Le patient, lui aussi, joue un rôle important dans ce réseau en apportant lors de la consultation sa carte Vitale sans laquelle rien n'est possible. En effet, en l'an 2000, chaque assuré a été doté d'une carte électronique à puce, la carte Vitale, qu'il doit présenter aussi bien à son pharmacien qu'à son médecin pour pouvoir obtenir le remboursement de ses consultations et de ses médicaments sans avoir à envoyer sa feuille de soins papier à la caisse d'assurance maladie. Cette carte comporte son numéro de sécurité sociale et les données socio-administratives nécessaires à sa prise en charge (Vitale 1). Mais bientôt cette carte cèdera sa place à la nouvelle génération de carte Vitale (Vitale 2) qui pourra également contenir des informations médicales utiles pour assurer la continuité des soins prenant ainsi le

relais du carnet de santé papier. Outre la télétransmission des feuilles de sécurité sociale, le Réseau de Santé Sociale rend disponibles plusieurs services : l'accès à une messagerie électronique par laquelle sont également transmis les accusés de réception des feuilles de soin. Les abonnés peuvent également obtenir une connexion à Internet permettant au médecin de se connecter à des sites tels que Les Unions Professionnelles des Médecins libéraux (http//:www.upml.fr) ou Epidaure (http//:www.epidaure.com) pour ne citer que les sites français. Ces derniers permettent au praticien d'avoir accès à tous les consensus, aux revues de presse (articles scientifiques les plus récents), aux livres et matériels médicaux, aux nouveautés et plus généralement aux informations les plus diverses propres à la profession médicale. Ces sites spécifiques à la médecine générale permettent au médecin averti d'obtenir un confort appréciable en terme de gain de temps.

Finalement, en matière d'informatique, il ne saurait exister de solution standard, ni de matériel standard pour le cabinet. Chacun doit apprécier les avantages qu'il peut attendre de cet outil et peser les contraintes que son utilisation lui imposera. Le gain de temps à la sortie des informations est notamment à mettre dans la balance avec la perte de temps qu'occasionne l'entrée des données dans la mémoire, les économies de personnel avec le coût financier de l'achat du matériel et de sa maintenance, sans oublier le temps passé à maîtriser l'outil informatique. L'informatique s'est imposé au cabinet par la mise en place obligatoire des feuilles de soins électroniques et a permis, en même temps, l'introduction d'un outil technologique laissant des possibilités fabuleuses à la médecine pour améliorer la qualité des soins. Néanmoins, n'oublions pas que la télétransmission des feuilles de soins électroniques demeure une contrainte quotidienne supplémentaire pour le médecin généraliste ce qui contribue à augmenter sa charge de travail.

♦ *Quelques chiffres : informatique et médecin généraliste*

Pour mieux cerner l'impact qu'a eu l'informatisation du cabinet médical sur le rythme de travail du médecin, nous pouvons citer un sondage effectué auprès de généralistes sur le sujet par le Centre de Sociologie et de Démographie Médicales en 1996. Même si l'outil informatique s'est démocratisé dans le secteur de la médecine libérale, à cette date, l'informatisation du cabinet n'était encore pas obligatoire pour transmettre les feuilles de

soins électroniques mais allait le devenir et les cabinets commençaient à s'informatiser massivement. Nous allons voir comment ce nouvel outil de travail a été perçu à ses débuts par les médecins libéraux.

L'enquête a été conduite par voie postale auprès de 4400 généralistes libéraux choisis par sondage probabiliste. 1720 d'entre eux ont répondu au questionnaire.

En 1996, sur quelque 60 400 généralistes exerçant à titre libéral en France, environ 20000 étaient équipés d'un ordinateur au cabinet. Le taux d'informatisation était de 33 à 34%. Il était bien plus élevé chez les hommes (environ 35%) que chez leurs consœurs (moins de 22%). Seulement un tiers des médecins étaient équipés, ce qui peut paraître faible. Regardons les raisons de l'opposition à l'informatique invoquées dans le sondage :

Raisons de l'opposition à l'informatique	**%**
Elle est trop difficile d'accès	12,5
Elle n'apporte rien à la pratique médicale	32,5
Les patients risquent d'en être gênés	17,7
Le coût est trop élevé	15,6
Autres raisons	20,2

Les raisons de l'opposition à l'informatique des médecins généralistes non informatisés.

Nous pouvons constater que le tiers des 40 000 généralistes qui n'étaient pas équipés en matériel informatique pensaient que l'ordinateur ne présentait aucun intérêt pour la

pratique médicale. La deuxième raison d'opposition, dans l'ordre des fréquences, était la gêne que les patients pourraient éprouver du fait de l'intrusion de l'ordinateur dans le cabinet médical. Ce n'est qu'après que venaient les problèmes de coût et de difficulté d'accès. Parmi les raisons spontanément invoquées par les médecins (raisons non énumérées dans le questionnaire), certaines revenaient avec insistance : les contraintes matérielles, en particulier le manque de temps, les risques de la confidentialité, la rigidité conceptuelle de l'outil informatique. Par ailleurs, les médecins ayant sauté le pas en s'informatisant ont également rencontré des problèmes face à l'outil informatique:

Inconvénients	**%**
Charge de travail supplémentaire- Perte de temps	16,2
Risque d'altération de la relation médecin-malade	10,5
Coût	9,3
Atteinte au secret professionnel et à la liberté de prescription	20,7
Fichage des médecins	20,5

Les inconvénients de l'informatisation parmi les plus souvent cités chez les généralistes informatisés.

Ainsi, on peut remarquer que les généralistes déjà équipés se préoccupaient davantage des risques pour la confidentialité, du fichage éventuel des professionnels et des problèmes de coût plutôt que la charge de travail supplémentaire. Il est vrai que les médecins informatisés trouvaient en l'informatique plutôt des avantages :

Avantages sur le plan personnel	%
Gain de temps	23
Amélioration de la prescription	12,5
Gain financier	6,9
Amélioration du diagnostic	4,6

Pourcentage des généralistes informatisés classant chaque avantage de l'informatisation en premier (excellent)

Les médecins ayant un ordinateur au cabinet pensaient que le premier avantage que leur procurait l'informatique était le gain de temps. L'amélioration de leurs prescriptions venait au deuxième rang, et les bénéfices financiers ne se retrouvaient qu'en troisième position. Ils étaient peu nombreux à créditer l'informatique de l'amélioration de leur diagnostic. Mais au-delà des avantages personnels, les médecins informatisés estimaient que l'informatisation du cabinet apportait aussi des avantages sur le plan collectif :

Avantages	%
Gestion plus rationnelle des dépenses de santé	51,1
Développement des filières de soins	19,1
Développement de la FMC	39,5
Amélioration du diagnostic	29,6
Amélioration des prescriptions	55,4
Autres	26,1

Les avantages de l'informatisation du cabinet sur le plan collectif.

Les généralistes français étaient d'avis que l'informatisation des cabinets médicaux allait apporter à la collectivité des avantages de diverse nature. Ils étaient plus nombreux à souligner la rationalisation des dépenses de santé et l'amélioration de la prescription. Dans l'ordre décroissant, on trouvait le développement de la FMC, l'amélioration du diagnostic et enfin le développement des filières de soins.

Finalement, ce sondage a permis de déterminer l'appréciation que portaient sur cet outil technologique les médecins. La question fondamentale était de savoir comment, sur le terrain, le médecin appréciait les diverses contributions que l'ordinateur apportait à sa pratique professionnelle. Certains médecins non informatisés se sont montrés farouchement opposés à l'acquisition de ce matériel pour les raisons les plus diverses, y compris

l'indifférence, la méconnaissance de ses performances potentielles, l'absence de besoin ou le manque de motivation. Les raisons d'opposition suivantes ont pu être lues dans les réponses des généralistes :

«Je manque de temps pour mettre en place un tel système»

«Le coût des transmissions sera à la charge du médecin qui, de plus, doit supporter un surcroît de travail»

«Je ne désire pas me substituer aux opérateurs de la CNAMTS, ni aux cabinets comptables, car ce serait faire le boulot des caisses à l'œil»

«Je n'ai pas fait mes études de médecine pour devenir gestionnaire de la Sécu»

«Aucun système expert ne peut remplacer la réflexion diagnostique appliquée à un individu et à son environnement»

Néanmoins, malgré ses opposants, l'informatique avait conquis en 1996 un tiers des cabinets de médecine générale. Ses utilisateurs reconnaissaient volontiers les inconvénients rencontrés face à ce nouvel outil mais rapidement les avantages personnels et collectifs ont pris le pas sur ces désagréments. Une bonne maîtrise de l'outil informatique qui impliquait obligatoirement une charge initiale supplémentaire de travail pour acquérir les compétences nécessaires facilitait indéniablement l'exercice de la médecine au quotidien. Actuellement, l'informatisation quasi-systématique de tous les cabinets de médecine générale se révèle être un succès sur le plan collectif (gestion des données médicales et administratives).

Néanmoins, le ressenti personnel des médecins reste celui d'une contrainte supplémentaire. On peut formuler plusieurs hypothèses à ce sujet : l'informatique ne faisant pas partie de la formation médicale initiale, les médecins ont plus de mal à s'adapter à ce nouvel outil de pointe ; il faudra aussi du temps (plusieurs années) pour que l'ordinateur devienne un objet banal et totalement maîtrisé. Dans tous les cas, l'informatisation constitue, d'une manière générale, un progrès technique incontournable envahissant des domaines aussi diversifiés que le commerce, l'industrie, etc... La médecine ne pouvait échapper à ce phénomène et rester recluse dans un autre âge. Même si l'adaptation des médecins face à ce nouvel outil est difficile, elle n'en est pas moins nécessaire, car l'informatique n'atteint sa pleine rentabilité que quand le praticien ne perçoit plus d'obstacle à son utilisation.

En conclusion de cette partie concernant la gestion quotidienne du cabinet médical du point de vu de la maîtrise des recettes, on peut dire que cette tâche a un double emploi au niveau de la qualité de vie du généraliste: toutes les techniques (planification du travail, ...) et les outils (informatique, secrétariat...) proposés au cours de ce chapitre permettent d'augmenter les recettes du médecin libéral et donc son niveau de vie, et/ou d'améliorer la gestion de son temps de travail et donc la qualité des soins. Maîtriser la productivité de son cabinet, c'est obtenir de meilleures conditions de travail pour le médecin libéral. Néanmoins, les rouages de cette organisation demandent au généraliste une rigueur absolue qui peut se révéler pour certains être une contrainte supplémentaire. Le plus important dans la gestion quotidienne de l'activité du médecin libéral demeure le ressenti personnel du généraliste. En effet, il doit gérer son activité de telle sorte à ce que son stress soit le minimum pour des revenus maximum : tel médecin se servira de l'ordinateur comme une aide précieuse, tel autre, réfractaire à la technologie, n'y verra qu'une perte de temps. La qualité de vie du médecin libéral dépend directement de ses choix personnels. Un médecin libéral épanoui est un médecin qui a su trouver l'équilibre entre un rythme de travail qui lui convient et une rentabilité financière du cabinet suffisante. Mais pour qu'un cabinet soit financièrement en bonne santé, il ne suffit pas de maîtriser les recettes, il faut aussi maîtriser les dépenses...

b La maîtrise des dépenses : gestion des frais professionnels.

Le revenu professionnel du médecin libéral est représenté par la différence entre le montant de ses recettes et celui des dépenses nécessitées par l'exercice professionnel. Bien maîtriser ses frais est aussi important que d'accroître ses recettes. En effet, le rythme de travail du généraliste en dépend directement. Toutefois, les frais professionnels sont déductibles du revenu imposable et les économies réalisées en ce domaine sont, en fin de compte, moins «payantes» qu'il n'y paraît. Il faut considérer qu'une dépense engagée par un médecin pour améliorer son exercice professionnel entraîne par-là même une baisse de son revenu professionnel, donc de ses cotisations sociales, de sa CSG et de son impôt sur le revenu.

Les dépenses du cabinet médical ne sont pas toutes de même nature. Certaines sont obligatoires et ne peuvent faire l'objet de décisions de gestion : ainsi en est-il de la Taxe

professionnelle, des cotisations sociales personnelles obligatoires, de la cotisation à l'ordre des médecins (227 € pour 2002); ou pratiquement obligatoires comme l'assurance, le local professionnel et son aménagement, les ordonnances pour les patients sans carte Vitale, mais le médecin peut décider de leur importance. D'autres enfin, telles que l'embauche de personnel ou l'achat de matériel sont des décisions de gestion qu'il convient de peser.

Certaines dépenses sont fixes et ne dépendent pas de l'importance de la clientèle : la cotisation à l'Ordre, l'assurance professionnelle, voire une partie de la cotisation retraite ; d'autre au contraire s'accroissent avec le nombre de malades : papeterie, téléphone, frais de transport pour les médecins effectuant des visites à domicile ; ou avec le montant des recettes ou du bénéfice sur lequel elles sont, avec un certain décalage, calculées : cotisations assurance maladie et allocations familiales, taxe professionnelle, contribution sociale généralisée, RDS, contribution obligatoire à la formation continue...

Telles sont les principales données que le médecin libéral devra prendre en considération pour gérer les dépenses professionnelles de son cabinet. Le problème se pose différemment pour chaque poste de frais, ce qui oblige le généraliste à analyser soigneusement chaque situation. Ainsi, une fois de plus le médecin se transforme en comptable. Non seulement, il avance l'argent aux caisses, mais il perd aussi un temps fou dans la complexité des formulaires et des démarches administratives.

♦ *Achats–Gestion des stocks*

Les achats de fournitures ou de petit matériel ne constituent en général, dans un cabinet médical, qu'un poste de dépenses de peu d'importance. Un peu de pharmacie, de papeterie, quelques unités de matériel à usage unique, ne pèsent pas lourd dans le budget du médecin généraliste. Néanmoins, la gestion des achats de fournitures mérite d'être considérée avec attention. S'il convient d'acheter dans les meilleures conditions, il est également important de ne pas acheter inutilement et de ne pas laisser les stocks se périmer tout en veillant à ne pas se trouver démuni inopinément. Acheter en grande quantité pour bénéficier de meilleurs prix est certes avantageux mais à condition de ne pas devoir jeter une partie du stock. Acheter en petites quantités pour ne pas immobiliser des sommes de façon stérile est parfois souhaitable, mais à condition de ne pas se trouver, à un moment, en rupture de stock.

Il est donc important d'apprécier de façon régulière la consommation du cabinet, et les réserves disponibles, et de tenir un cahier ou des fiches pour les différentes fournitures consommées. Ce point n'est pas sans importance pour le généraliste en matière d'ordonnances, compte tenu des délais que demandent les imprimeurs pour répondre aux commandes. Ceci constitue une charge de travail supplémentaire pour le médecin généraliste.

Sur le plan fiscal, les achats sont déductibles des revenus de l'année, pour leur valeur TTC. Ils doivent être portés sur le livre journal des dépenses à la date où ils ont été payés ; les factures doivent être conservées et classées. Les fournitures «consommées» pour les soins de la clientèle : pharmacie, films, papier enregistreur, prothèses, allergènes, matériel à usage unique, «jetables», sont reportées dans la rubrique «achats». Les ordonnances, les livres comptables, le papier, les rouleaux de machine, les piles pour machines à calculer ou magnétophones, doivent figurer dans la rubrique «fournitures de bureau» ; les ouvrages professionnels dans la rubrique «documentation». En ce qui concerne le matériel, peut être déduit le matériel d'une valeur unitaire hors taxe inférieure à 381.10 €. En ce qui concerne le mobilier, l'instruction du 29 février 1988 précise que celui-ci doit faire l'objet d'un amortissement; mais que le remplacement d'un meuble peut être porté en achat si la valeur HT est inférieur à 381.10 €.

♦ *Les frais de personnel : le médecin employeur*

Dès l'instant où il embauche un salarié pour son cabinet, le médecin devient un employeur, soumis au contrôle de l'Inspection du travail et aux nombreuses dispositions du Code du travail et de la jurisprudence ainsi qu'à la surcharge de travail que cela implique. Il n'est pas possible d'en donner ici même un aperçu, mais il convient de souligner quelques points importants que le médecin ne doit pas méconnaître et qui démontre le travail que cela implique.

Depuis le 12 février 1982, le personnel du cabinet médical relève d'une convention collective. Le médecin doit s'en procurer un exemplaire auprès des syndicats médicaux, ou au «Journal Officiel» et le tenir à la disposition du personnel (art. L. 135-7 du Code du travail).

L'embauche est actuellement réglementée et soumise à un certain nombre de formalités ; le médecin a intérêt à se renseigner auprès de la mairie, de l'ANPE, ou de la

Direction départementale du travail. Depuis le 1er septembre 1993 une déclaration préalable doit être effectuée auprès de l'URSSAF. Au moment de l'embauche, la loi du 31 décembre 1991 impose à l'employeur de remettre au salarié un contrat de travail (ou lettre d'embauche) précisant notamment : la durée hebdomadaire de travail, le lieu du travail, les horaires, la nature de l'emploi et le coefficient hiérarchique correspondant, le montant du salaire, la durée de la période d'essai...

L'employeur qui embauche pour la première fois un salarié ou le médecin qui reprend un cabinet employant des salariés, doit dans les 8 jours demander son immatriculation à l'URSSAF et dans les 2 mois aux ASSEDIC. L'inscription du salarié à une caisse de prévoyance est obligatoire pour tout salarié ayant plus d'un an d'ancienneté dans le cabinet. De nombreuses embauches bénéficient d'aides sous forme de primes, d'exonérations de cotisations patronales... : embauche du premier salarié, d'un jeune, d'un chômeur de longue durée, d'un handicapé...Il peut être intéressant d'y avoir recours (se renseigner à l'agence locale de l'ANPE).

Le salaire est fonction du poste de travail occupé par le salarié. La convention collective comporte une grille des salaires, régulièrement modifiés par avenant. Le salaire ne peut être inférieur à celui fixé par la convention pour l'emploi considéré. Pour les salariés à temps partiel, le salaire mensuel est calculé en multipliant le salaire de base par la fraction : nombre d'heures de travail hebdomadaire/35h. La convention prévoit une prime d'ancienneté à partir de la 4ème année.

Ainsi, toutes ces considérations sont à prendre en ligne de compte pour l'embauche du personnel du cabinet. Embaucher un salarié permet certes de gagner du temps mais les frais afférents (salaire + charges patronales) sont conséquents. Il vaut donc mieux être en association pour ce type de démarche.

♦ *Des dépenses statuaires : les cotisations personnelles*

Il s'agit de dépenses obligatoires et liées au statut libéral du médecin et non au fonctionnement du cabinet, c'est dire que leur poids est relativement beaucoup plus lourd pour les jeunes médecins et que tout budget prévisionnel doit en tenir compte.

Parmi celles-ci, nous pouvons citer :

- la cotisation annuelle à l'Ordre des médecins (227 € en 2002; exonération la première année d'exercice ; demi cotisation les deux années suivantes).
- la cotisation aux unions professionnelles régionales plafonnée à 0,5% du plafond de la Sécurité sociale et recouvrée par l'URSSAF.
- la cotisation personnelle au fonds d'assurance formation chargé du financement de la formation continue du médecin, cotisation obligatoire depuis le 1er janvier 1992 et distincte de la cotisation payée pour la formation continue du personnel du cabinet médical. Son montant est de 0,15% du plafond de la Sécurité sociale ; elle est recouvrée par l'URSSAF à l'échéance du 15 février.
- la cotisation sociale généralisée (CSG) qui dépend du revenu professionnel. Son taux serait de 7,5 %. L'assiette est constituée par le bénéfice de l'avant-dernière année (bénéfice 2000 pour la CSG 2002) avant déduction des abattements fiscaux association agréée ou médecins conventionnés, augmenté du montant des cotisations sociales personnelles déduites (maladie, allocations familiales, retraite) pour le calcul de ce bénéfice, et revalorisé d'un certain pourcentage pour tenir compte du décalage de 2 ans. A partir de la troisième année, une régularisation est effectuée à partir du montant réel du revenu et des cotisations sociales de l'année et de la différence entre la cotisation payée et la cotisation réellement due est soit ajoutée soit déduite. La CSG est appelée en même temps que les cotisations allocations familiales en 4 fois les 15 février, mai, août et novembre.
- la cotisation pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) a une assiette identique et un mode de prélèvement semblable. Son taux est de 0,5 %.

L'énumération des dépenses ci-dessus montre la complexité de la gestion du cabinet. Bien qu'absolument novice dans ce domaine, le jeune médecin ne peut ignorer ces démarches, même en employant un comptable. Tous ces éléments constituent une charge de travail supplémentaire. Néanmoins, à ces cotisations personnelles viennent s'ajouter la longue liste des cotisations sociales.

♦ *Les cotisations sociales*

◊ L'assurance maladie-maternité

L'affiliation est obligatoire même pour les médecins par ailleurs salarié ou couvert par l'assurance du conjoint.

Les médecins conventionnés du secteur à honoraires opposables sont rattachés au régime général de Sécurité sociale ; les médecins hors convention au régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Les médecins du secteur à honoraires différents (Secteur 2) peuvent choisir entre ces deux régimes.

Les médecins affiliés au régime général peuvent bénéficier pour eux et leurs ayants droits des mêmes prestations en nature que les salariés (remboursement des honoraires médicaux, des médicaments, des frais d'hospitalisation...) mais ne peuvent percevoir de prestations en espèces (indemnités journalières). Les femmes médecins peuvent bénéficier d'une allocation de repos maternel et d'une indemnité forfaitaire de cessation d'activité (pour 30 jours consécutifs d'arrêt de travail). Ces garanties prennent effet un mois après le début de l'exercice conventionnel.

Les cotisations sont dues pour la période du 1er mai au 30 avril de l'année suivante. Elles sont calculées à partir du revenu professionnel net libéral de l'avant-dernière année ; le revenu de 2001 sert de base pour le calcul de la cotisation appelé le 1er mai 2003. Le taux de cotisation serait de 0,11% de ce revenu pour les médecins du secteur 1.

Les cotisations sont payables avant le 1er juin ou en 4 fois si le médecin demande le fractionnement trimestriel.

En début d'activité, les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire de 50% du plafond annuel de la Sécurité sociale la 1ére année ; 2/3 de ce plafond la 2ème année.

Les médecins non conventionnés et les médecins du secteur 2 qui ont opté pour le régime des travailleurs non salariés bénéficient d'une couverture analogue à celle des artisans. Les cotisations couvrent la période du 1er avril au 31 mars de l'année suivante. Leur montant est de 20,4% dans la limite du plafond de la Sécurité sociale, plus 9% sur la totalité du revenu professionnel dans la limite de 5 fois le plafond. Elles sont réglées en 2 fois ; le 1er trimestre payable en mars est évalué en fonction du revenu de l'année N-2 ; le solde payable en octobre est calculé sur les revenus professionnels de l'année N-1 ; l'acompte versé en avril en est déduit. Une régularisation est effectuée au 1er octobre de l'année N+1.

En début d'activité, les cotisations sont calculées sur une base forfaitaire (40% du plafond de la Sécurité sociale) et, pendant 2 ans, est appliqué un abattement forfaitaire de 30%.

En cas d'accident du travail, les médecins libéraux sont couverts par leur assurance maladie pour les prestations en nature, mais s'ils désirent bénéficier de la gratuité des soins et éventuellement du versement d'une rente d'accident du travail, ils peuvent s'affilier comme assurés volontaires au régime «accidents du travail–maladies professionnelles» de la Sécurité sociale.

◊ Les allocations familiales

L'exercice libéral de la médecine entraîne le règlement d'une cotisation allocations familiales au régime des travailleurs indépendants, et ceci même si le médecin est par ailleurs salarié ou si son conjoint est salarié, ou cotise déjà à ce même régime.

L'affiliation est obligatoire dans les 8 jours qui suivent le début de l'activité, même à titre de remplaçant.

La cotisation est appelée en 4 fractions ; les deux 1ères (15/5 et 15/8) sont égales au quart d'une cotisation annuelle calculée sur les revenus professionnels de l'année N-2 ; les deux suivantes (15/11 et 15/2) au quart d'une cotisation annuelle calculée sur les revenus professionnels de l'année N-1.

Une régularisation est effectuée en novembre de l'année N+1 sur les bases du revenu de l'année N.

Pour la cotisation 2003, le revenu libéral 2001 servira de base de calcul pour les cotisations du 15/5/03 et du 15/8/03 ; le revenu 2002 pour celles du 15/11/03 et du 15/2/04. La régularisation sera effectuée en novembre 2004 sur la base du revenu 2003.

Le taux de cotisation est de 5,4% dans la limite du plafond de la cotisation des médecins conventionnés secteur 1.

L'URSSAF calcule et recouvre, en même temps que les cotisations allocations familiales, la CSG (7,5%), le RDS (0,5%) et les cotisations au fonds d'assurance formation et aux unions professionnelles régionales.

◊ La retraite

Dès son premier mois d'exercice, le médecin libéral est tenu de s'affilier à la Caisse autonome de retraite des médecins français (CARMF). C'est un régime complexe qui comporte :

- un régime de base commun à l'ensemble des professions libérales. La cotisation d'un montant fixé par les pouvoirs publics est exigible jusqu'à 65 ans. L'allocation est versée aux médecins de plus de 65 ans ayant cessé d'exercer, ou à partir de 60 ans dans les cas prévus par la loi (déportés, anciens combattants, inaptes...). Les médecins de moins de 40 ans sont dispensés de cotisation leur première année d'exercice. La cotisation est composée d'une part forfaitaire et d'une part proportionnelle au revenu net de l'année N-2 dans la limite de 5 fois le plafond de la Sécurité sociale au 1er janvier.

- un régime complémentaire propre à la profession médicale et géré par elle. Pour tenir compte de l'évolution de la démographie médicale et des disparités de revenus des médecins libéraux, la cotisation est désormais proportionnelle au revenu. Elle est basée sur l'ensemble des revenus professionnels non salariés après réintégration des éventuelles déductions fiscales liées à la loi Madelin.

Le nombre de points acquis est calculé au prorata de la cotisation versée. L'allocation est fonction du nombre de points acquis au moment du départ en retraite. Le conjoint survivant peut à 60 ans prétendre à une pension de reversion de 60%.

- un régime avantage social vieillesse (ASV) est réservé aux médecins conventionnés dont les cotisations sont entièrement à la charge des médecins exerçant dans le secteur 2 («à honoraires différents») mais pris en charge partiellement par les caisses d'assurance maladie pour les médecins exerçant dans le secteur «à honoraires opposables».

Les pensions de retraite aux régimes complémentaires et de l'ASV sont majorées de 10 % pour les médecins ayant élevé 3 enfants et plus.

- l'allocation de remplacement du revenu (ADR) souvent appelé MICA (mécanisme d'incitation à la cessation d'activité) est destinée aux médecins conventionnés de plus de 56 ans qui abandonnent définitivement l'exercice de la médecine libérale. Elle est versée jusqu'à l'âge de 65 ans où le médecin peut bénéficier de sa retraite normale.

Son montant annuel est égal à la moyenne des revenus professionnels des 3 dernières années d'exercice. Ce régime est financé par une cotisation supportée en grande partie par les caisses d'assurance maladie. La cotisation des médecins est fixée à 0,22% de leur revenu conventionnel net de l'année N-2.

- le régime invalidité-décès est un régime autonome de la CARMF auquel le médecin doit souscrire dès son installation. Il assure le versement d'une indemnité journalière versée à partir du 91ème jour d'arrêt de travail total pour maladie ou accident, d'une pension d'invalidité dans le cas d'un arrêt de travail complet et définitif, d'une allocation décès et de pensions temporaires versées au conjoint survivant ou aux enfants à charge.

Les cotisations CARMF sont normalement appelées en 2 fois (avril et juillet) ; elles peuvent sur demande être réglées en 10 mensualités par prélèvement automatique.

Toutes ces cotisations sociales obligatoires sont déductibles du revenu professionnel. La CSG est calculée sur le revenu net augmenté du montant des cotisations sociales.

Les cotisations sont souvent calculées sur la base du revenu libéral de l'année N-1 ou N-2. Il est important de communiquer le montant de ces revenus lorsqu'ils sont demandés par les organismes sociaux, faute de quoi la cotisation est appelée sur la base du plafond prévu.

♦ *Les frais de voiture*

Ce poste de dépenses est pour le médecin une préoccupation constante car aux frais de fonctionnement se rajoutent périodiquement, et à plusieurs reprises au cours de la carrière médicale, des problèmes d'investissement. Son importance justifie une attention particulière, d'autant que c'est un poste qui fait l'objet d'un examen soupçonneux par l'administration fiscale et donne souvent lieu à des redressements.

Pour décider au mieux, il convient notamment de bien connaître ce qui est fiscalement déductible.

Le véhicule professionnel peut être amorti en totalité lorsqu'il s'agit d'un véhicule utilitaire (vendu comme tel et n'ayant pas subi de transformations). Par contre, pour les voitures de tourisme, habituellement utilisées par les médecins, la valeur amortissable est plafonnée. Le plafond est actuellement à 18300€.

Entrent dans ce plafond les accessoires fixés au véhicule, même lorsqu'ils ont été achetés séparément (phares anti-brouillard, pneus neige, rétroviseurs...).

Lorsque la voiture utilisée fait l'objet d'un contrat de leasing, la partie déductible des loyers est calculée en fonction de la valeur plafonnée de la voiture ; elle doit être communiquée au locataire par le bailleur.

La durée de l'amortissement habituellement admise est de 5 ans pour les véhicules neufs ; elle est calculée sur un kilométrage annuel de 20 000 à 30 000 km selon le type de voiture ; elle pourra être réduite à 4 ans pour certains médecins qui en ont une utilisation importante (40 000 km par an selon la jurisprudence) et même à 3 ans pour des voitures achetées d'occasion avec plus de 50 000 km au compteur et pour les médecins de montagne. Les réparations importantes qui ont pour but de prolonger la durée de vie du véhicule (échange standard du moteur, par exemple) doivent également faire l'objet d'un amortissement.

Les dépenses de frais de voiture peuvent être déduites à condition d'être portées en comptabilité et de faire l'objet d'une pièce justificative. Ce sont : les primes d'assurance, l'essence (facturette carte bleue), les lavages, les vidanges, les réparations courantes qui n'ont pas pour but de prolonger la vie du véhicule, les pneumatiques, les péages et frais de stationnement en rapport avec les obligations professionnelles, les intérêts des emprunts contractés pour l'acquisition du véhicule et la part plafonnée des loyers de «leasing».

Lorsque le véhicule est à utilisation mixte, c'est-à-dire lorsqu'il est également employé par le médecin pour ses déplacements privés ou pour des déplacements professionnels rémunérés par un salaire, il ne peut être déduit dans les frais professionnels du cabinet libéral qu'un pourcentage des frais et des amortissements égal au rapport entre le nombre de kilomètres parcourus pour l'activité libérale dans l'année et le nombre de kilomètres effectués dans l'année. Ceci suppose évidemment que soient comptabilisées toutes les dépenses de fonctionnement de la voiture, y compris pour les déplacements privés.

Le médecin qui utilise deux véhicules à titre professionnel et privé peut déduire les frais de fonctionnement et l'amortissement de ses deux véhicules en appliquant pour chacun d'eux le coefficient d'utilisation professionnelle (nombre de km professionnels divisé par le nombre de km totaux). Ce coefficient sera différent pour chaque véhicule.

Le médecin peut également utiliser le barème kilométrique de l'administration, publié chaque année en janvier pour le calcul des frais de l'année précédente et se contenter d'appliquer le tarif correspondant à la puissance de son véhicule au nombre de kilomètres parcourus à titre professionnel. Cette méthode évite d'avoir à comptabiliser les frais réels. L'option doit se faire au 1er janvier et non en fin d'année. Il est important de noter que ce prix forfaitaire au kilomètre comprend également l'assurance et l'amortissement du véhicule. Par contre, les frais de garage ne sont pas inclus et peuvent être comptabilisés et déduits en plus, de même que les intérêts des emprunts contractés pour l'acquisition du véhicule. Il est à noter que les utilisateurs de véhicules loués ou en crédit-bail peuvent apprécier leurs dépenses de carburant au moyen d'un barème forfaitaire particulier. Un état annexe, matérialisant cette option devra obligatoirement être joint à la déclaration 2035. Ces deux barèmes sont les seuls autorisés.

L'option pour le barème kilométrique vaut pour la totalité des véhicules utilisés à titre professionnel mais il ne peut pas s'appliquer aux véhicules utilitaires ni aux motos. Dans les kilomètres parcourus à titre professionnel entrent en compte les déplacements effectués dans le cadre de l'activité libérale : visite au domicile des malades, déplacements à l'hôpital ou en clinique non couverts par une activité salariée, prospection pour l'achat de fournitures, déplacements à la banque, à la poste, chez le conseiller fiscal ou à l'hôtel des impôts, ou pour assister à des séances de FMC. Le trajet domicile-cabinet, lorsque le médecin exerce en un lieu séparé de son habitation, est un déplacement professionnel, lorsque l'éloignement n'est pas anormal et que le médecin peut justifier de l'impossibilité de se loger à proximité de son cabinet. Lorsque le trajet domicile-cabinet est inférieur à 40 kilomètres, aucune justification ne peut être exigée ; mais il n'est possible de déduire qu'un aller et retour par jour (donc 80 kilomètres au maximum).

Le kilométrage parcouru dans l'année doit être justifié à partir des relevés du compteur kilométrique ou à défaut estimé à partir des factures d'entretien qui sont tenues de comporter la mention du kilométrage au compteur. Lorsque le véhicule est à usage mixte, pour calculer

le kilométrage professionnel le plus pratique consiste à soustraire de ce kilométrage total les distances parcourues pour les vacances et les déplacements de fin de semaine. Si le médecin occupe un emploi salarié, il faut également tenir compte des trajets que celui-ci entraîne et les déduire.

Si le véhicule est inscrit dans l'actif professionnel et a fait l'objet d'amortissement ou de déductions liées à sa propriété, sa revente ou son transfert dans le patrimoine privé dégage une plus ou moins-value professionnelle. Celle-ci se calcule à partir de la valeur non plafonnée du véhicule et sans tenir compte des amortissements effectivement pratiqués. Si le véhicule n'est pas vendu, le «prix de vente» sera la valeur «Argus» ou la valeur estimée par un garagiste au jour de son transfert.

Lorsque les frais d'acquisition ou de fonctionnement d'un véhicule de tourisme sont pris en charge par une société (SCP ou société de fait), celle-ci est redevable d'une taxe. La TVS taxe sur les véhicules de société, est d'un montant élevé (1130€ pour les voitures de 8CV et moins et 2440€ pour les voitures de plus de 8 CV). Elle est payable par trimestre et déductible des frais professionnels.

La TVS n'est pas due lorsque les médecins exerçant en société sont propriétaires de leur véhicule et se contentent de se faire rembourser par la société les kilomètres parcourus à titre professionnel.

Les grosses réparations tel le remplacement du moteur, doivent faire l'objet d'un amortissement si elles interviennent au terme d'une usure normale ;elles peuvent être déduites dans les frais de l'année si elles sont consécutives à un accident survenu au début de la période d'amortissement du véhicule.

Pour un véhicule professionnel acheté à crédit, les intérêts d'emprunt sont déductibles en totalité quel que soit le montant de l'emprunt et le prix de la voiture ; si le véhicule est à utilisation mixte, on pourra déduire un prorata correspondant au pourcentage de son utilisation professionnelle.

Les frais de garage (loyer ou amortissement) sont déductibles au prorata de l'utilisation professionnelle du ou des véhicules, mais il ne faut pas omettre de déclarer le garage à l'inspecteur des impôts locaux et de payer la taxe professionnelle correspondante.

Lorsqu'un véhicule est accidenté, les réparations sont déductibles même lorsque le médecin a opté pour le barème forfaitaire. Les éventuels remboursements effectués par les

compagnies d'assurance doivent être déduits des dépenses ou faire l'objet d'une réintégration (ligne 34 de la déclaration 2035, divers à réintégrer).

Compte tenu de ces éléments, diverses options peuvent se présenter tant en ce qui concerne l'investissement à réaliser que la comptabilisation des frais.

♦ *La formation médicale continue*

Le devoir de tout médecin est «d'entretenir et de perfectionner ses connaissances» (art.16 du Code déontologie). Un médecin se doit de donner à ses malades des soins conformes aux données actuelles de la science. L'article 3 de l'ordonnance du 24 avril 1996 rend obligatoire la formation médicale continue avec attestation tous les 5 ans. Les dépenses de FMC sont donc sans discussion possible, des dépenses nécessitées par l'exercice de la profession médicale. Sont dans tous les cas déductibles les frais d'inscription, de documentation, de transport, d'hébergement et de restauration.

La réglementation concernant la formation médicale continue et les décrets d'application sont en pratique attendus d'ici à la fin de l'année 2003, avec création de conseils de FMC nationaux et régionaux, agrément des organismes formateurs. La formation médicale continue est obligatoire, mais ne sera, semble-t-il, pas sanctionnée, bien qu'elle devrait être évaluée, avec entre autre, un dossier de déclaration de la formation suivie, que devra transmettre le médecin à des dates pré-définies (tous les cinq ans en principe).

Cependant, il est évident que cette formation demande du temps à des professionnels qui n'en ont guère. Ce travail entraîne donc des dépenses ; obligatoire de par la loi, il apparaît finalement nécessaire pour une prise en charge efficace des patients à long terme.

2. La fiscalité du médecin libéral

Comme tout un chacun, le médecin généraliste doit s'acquitter de l'impôt sur le revenu, en fonction de ce qu'il gagne. Mais ce n'est pas là la seule obligation à laquelle il doit répondre. C'est ce que nous allons voir dans ce chapitre.

a L'imposition des revenus professionnels

♦ *les régimes d'imposition*

Les revenus provenant de l'exercice libéral de la profession médicale sont imposables dans la catégorie des bénéfices non commerciaux (BNC), alors que les salaires entrent dans une autre catégorie fiscale : les traitements et salaires (TS).

Ce revenu est constitué de la différence entre les recettes et les dépenses ; si la différence est positive, il y a bénéfice ; si elle est négative, il y a déficit. Dans les recettes imposables en BNC, on retrouve toutes les sommes perçues par le médecin ou encaissées pour son compte, entre le 1er janvier et le 31 décembre à titre d'honoraires, que ceux-ci aient été versés par un malade, par un organisme de tiers-payant, par un laboratoire pharmaceutique ou une compagnie d'assurance (expertises), par un confrère (rétrocession d'honoraires)...

Certaines rétributions sont considérées comme des salaires ; ainsi en est-il des honoraires versés aux médecins membres de commissions médicales du permis de conduire (instruction du 8/09/81), des rémunérations des médecins qui assurent la surveillance médicale scolaire dans les établissements privés, des sommes perçues d'une compagnie d'assurances ou d'un laboratoire pharmaceutique lorsque le contrat institue un lien de dépendance du médecin.

Le tableau ci-après montre les différentes sources de recettes possibles d'un médecin libéral selon qu'elles sont imposables en BNC, en TS, ou non imposable (NI).

	BNC	TS	NI
Allocations familiales			-
Allocations logement			-
Avantages en nature d'un interne		-	
Avantages en nature d'un remplaçant	-		
Bourses de recherche		-	
Revenus de brevet	-		
Dommages et intérêts			-
Droits d'auteur		-	
Surveillance médicale des établissements scolaires privés		-	
Indemnités de FMC	-		
Gardes et astreintes hospitalières		-	
Honoraires médicaux	-		
Indemnités journalières **- maladie** **- grossesse/allocation de repos maternel** **- payées par une assurance complémentaire volontaire**		- -	-
Indemnités **- préjudice moral** **- perte de recettes**	-		-
Indemnités de remplacement pour maternité	-		
Journalisme **- articles occasionnels** **- collaboration régulière**	-	-	
Pensions alimentaires		-	
Honoraires d'examens médicaux de permis de conduire		-	
Revenus de propharmacie	-		
Vacations centre 15		-	
Honoraires rétrocédés à un remplaçant	-		
Rentes d'invalidité-accident de travail-reserviste de l'armée			-
Pension de retraite		-	
Solde d'un médecin officier		-	

Les revenus des médecins généralistes et leur imposition

De ces recettes peuvent être déduits les frais professionnels, occasionnés au cours de l'année et accompagnés d'un justificatif.

Certaines dépenses et investissements ne sont pas effectués dans le seul intérêt du cabinet et couvrent aussi des besoins privés. Ils constituent alors des frais mixtes qui doivent donner lieu à une ventilation. Seule la part des dépenses imputable à l'exercice de la

profession sera déductible pour le calcul du revenu professionnel. Ainsi le médecin qui a une activité salariée et libérale devra répartir ses dépenses (voiture, documentation, congrès...) au prorata de ses deux activités.

Sur le plan comptable, le médecin peut soit faire figurer pour chaque dépense le pourcentage d'utilisation professionnelle et ne porter en colonne que la somme correspondant à la part professionnelle, soit porter la totalité de la dépense et réintégrer en fin d'année la part d'utilisation privée dans la déclaration des revenus professionnels.

Les revenus BNC peuvent être soumis à trois régimes d'imposition différents :

1) le régime simplifié (si le chiffre d'affaire est inférieur à 100000F par an en 1997).
2) L'évaluation administrative (EA) (si le montant total des recettes n'excède pas 175000F par an en 1997).
3) La déclaration contrôlée (DC) que tous les médecins peuvent choisir, (mais qui est obligatoire lorsque le montant des recettes dépasse 175000F par an en 1997).

Au régime simplifié, le contribuable se contente d'indiquer directement le montant de ses recettes brutes sur la déclaration de revenus. Le revenu imposable est automatiquement calculé après déduction de 25% avec un minimum au titre des frais.

Au régime de l'évaluation administrative, le revenu imposable est fixé par accord entre l'inspecteur des impôts et le contribuable, à partir de la déclaration 2037 ; c'est le forfait. Le médecin indique donc le montant de ses recettes et ses frais professionnels. Sur la base de ces renseignements, l'inspecteur fait une proposition au contribuable, qui peut accepter ou refuser le chiffre d'évaluation proposé. S'il refuse, s'ensuit une discussion avec l'inspecteur portant souvent sur la justification des frais professionnels. Si les deux parties ne parviennent pas à un accord, le dossier est transmis à la commission départementale des impôts, où le contribuable peut à nouveau défendre son dossier.

Au régime de la déclaration contrôlée, le contribuable fixe lui-même le chiffre de son revenu professionnel, à partir de sa comptabilité, le montant de ses recettes et de ses frais déductibles. Cette déclaration (formulaire numéro 2035) est susceptible de subir un contrôle de l'administration, qui peut prendre la forme de simples demandes de renseignements ou de justifications. Il peut également s'agir d'un véritable contrôle fiscal avec vérification de la

comptabilité, des pièces comptables, voire des comptes bancaires. Le délai de contrôle est de trois ans.

Tous les médecins peuvent choisir le régime de la déclaration contrôlée, mais celui-ci est obligatoire pour les adhérents des Associations Agréées.

♦ *Les contraintes et les avantages*

Chaque régime d'imposition a ses contraintes et ses avantages. C'est surtout en matière de comptabilité des recettes que se retrouvent les différences. Trois cas de figure s'offrent à nous :

1) Les médecins du secteur 2 sont tenus au même titre que les autres professionnels de la santé et membres des professions libérales à la comptabilité journalière de leurs recettes. La forme en est plus légère pour les contribuables imposables à l'évaluation administrative qui doivent tenir un document donnant le détail journalier de leurs recettes professionnelles comportant au jour le jour le détail des sommes encaissées ainsi que le nom du client ou la nature de l'acte effectué. Elle est plus rigoureuse pour les contribuables à la déclaration contrôlée, à qui est imposée la tenue d'un livre-journal ne comportant ni blancs, ni ratures, ni surcharges.

2) Les médecins conventionnés secteur I sont dispensés de la tenue d'un livre-journal pour ce qui concerne les actes ayant donné lieu à la délivrance d'une feuille de soins. Ils doivent toutefois comptabiliser toutes les autres recettes (malades non assurés sociaux, certificat, expertise...). Le montant annuel des recettes conventionnelles est estimé à partir du relevé des caisses, adressé au médecin au début de février de chaque année, et établi par le SNIR (système national inter régimes). Il suffit donc de totaliser les sommes figurant sur le relevé des caisses, et d'y ajouter le total des honoraires hors convention comptabilisés dans le livre-journal, pour connaître les recettes professionnelles de l'année.

3) Les médecins adhérents d'une Association Agréée doivent tenir au jour le jour une comptabilité des recettes précisant le montant des sommes perçues, le mode de règlement (espèces ou chèques), les nom, prénom et adresse de la personne qui règle les honoraires.

Le livre-journal doit être rempli à l'encre, sans rature, sans blancs, de façon continue, avec une totalisation en bas de chaque page.

En matière de comptabilité des dépenses, les différences sont surtout notables entre les contribuables imposés à l'évaluation administrative qui peuvent se contenter d'indiquer la nature des dépenses professionnelles et leur montant sur leur déclaration 2037 de fin d'année (mieux vaut pouvoir tout de même en apporter la justification), et les contribuables imposés à la déclaration contrôlée qui doivent faire figurer ces dépenses, chronologiquement au fur et à mesure de leur règlement, sur un livre-journal. Aucune estimation, aucune dépense non accompagnée d'une pièce justificative ne peuvent être comptabilisées.

Les médecins conventionnés secteur I soumis au régime de l'évaluation administrative bénéficient de modalités particulières ; les frais professionnels à prendre en considération pour établir l'évaluation administrative sont classés en trois groupes :

1) groupe I : frais devant être justifiés et retenus pour leur montant réel
2) groupe II : frais plus difficiles à évaluer, pouvant faire l'objet d'un abattement global et en pourcentage
3) groupe III : déduction forfaitaire, variable selon la spécialité et le chiffre des recettes conventionnelles du médecin

Les médecins adhérents d'une Association Agréée doivent tenir un livre-journal des dépenses. Ils bénéficient alors d'un abattement spécifique de 20% calculé sur le bénéfice imposable.

La question est donc comment choisir son régime d'imposition. En fait, le choix est relativement limité, dans la mesure où seuls ceux ne dépassant pas un certain plafond ont le choix. L'intérêt fiscal n'est pas toujours évident, sachant qu'un jeune médecin a des montants de frais pratiquement toujours supérieurs aux 25% appliqués automatiquement aux recettes déclarées au régime simplifié.

Une comptabilité rigoureuse permet la plupart du temps d'aboutir à un bénéfice imposable moins élevé.

D'autre part, faut-il adhérer à une Association Agréée ? Ce choix s'offre à tous les médecins, quel que soit le montant de leurs recettes et leurs modalités d'exercice. Il existe des contraintes (comptabilité journalière des dépenses et des recettes, acceptation des chèques...),

mais aussi des avantages (abattement fiscal). Le contrôle de la déclaration par l'Association peut être considéré comme une contrainte au vu des rectifications à apporter par le contribuable, ou comme un avantage dans la mesure où il permet d'éviter des redressements fiscaux. L'information fiscale adressée par l'Association à ses adhérents peut également être considérée comme un avantage.

b Les impôts locaux : taxe foncière, taxe d'habitation, taxe professionnelle

Ces impôts sont établis par les inspecteurs des impôts locaux d'après les renseignements fournis par le cadastre.

La taxe foncière ne concerne que les propriétaires. Lorsque le local est affecté en totalité à l'exercice libéral et inscrit au registre des immobilisations (le local est en effet un bien durable utilisé pour l'exercice de la profession et qui est «par nature» professionnel), cette taxe est déductible du revenu professionnel. Lorsque le local est mixte, le médecin peut déduire une partie de la taxe au prorata de la superficie à vocation professionnelle. Si le local n'est pas inscrit au registre des immobilisations, il reste dans le patrimoine privé et la taxe n'est pas déductible.

La taxe d'habitation concerne les locaux consacrés à l'habitation, que l'occupant soit locataire ou propriétaire. Dans les locaux mixtes, la taxe d'habitation est calculée sur les locaux réservés à l'habitation, mais aussi sur les locaux dont l'utilisation peut être considérée comme mixte (couloirs, escaliers...). La taxe d'habitation n'est pas déductible.

La taxe professionnelle est due par tout contribuable exerçant une activité professionnelle non salariée de façon habituelle. Elle concerne donc tous les médecins libéraux, installés ou pratiquant des remplacements. La base d'imposition est constituée par la somme de deux éléments :

1) le dixième des recettes de l'année N-2 après déduction des honoraires rétrocédés et avant déduction des frais professionnels
2) la valeur locative du local professionnel, valeur fixée en fonction d'un certain nombre de critères : emplacement du local, surface...

Cette base d'imposition est multipliée par des coefficients qui varient selon la commune, le département et la région.

c Les amortissements

On considère actuellement que les membres de professions libérales possèdent, à côté de leur patrimoine privé, un patrimoine professionnel, les biens qui le composent étant des immobilisations ; une immobilisation étant un bien qui a été acheté pour une valeur unitaire supérieure à 2500 francs hors taxes, et que le médecin va utiliser pour exercer sa profession pendant plusieurs années. Ces immobilisations peuvent être incorporelles (parts de société, rachat de clientèle..) ou corporelles (local, matériel, mobilier). Les amortissements sont les écritures en comptabilité qui constatent l'usure théorique des immobilisations. Il existe donc des durées normales d'utilisation, variables selon les équipements, pendant lesquelles le bien se dévalorise. Voici quelques exemples de durées de vie d'immobilisations : immeuble affecté à l'exercice de la profession : 25 à 50 ans, matériel de bureau : 5 à 10 ans, micro-ordinateur : 2 à 4 ans, véhicule : 4 à 5 ans... Toutefois, on ne peut amortir que les éléments qui subissent une dépréciation effective due à l'usure et au temps. L'administration fiscale considère que les éléments incorporels affectés à l'exercice de la profession (rachat de clientèle, parts de société...) ne sont pas susceptibles d'être amortis, car ils ne subissent aucune dépréciation.

L'amortissement des immobilisations corporelles peut donc se faire selon deux modalités : l'amortissement linéaire et l'amortissement dégressif.

L'amortissement linéaire débute à la date de mise en service du bien et consiste à appliquer chaque année le taux d'amortissement retenu au prix de revient de l'immobilisation, ce qui donne l'annuité d'amortissement (exemple : vous achetez un bien de 3000€ le 1er janvier 2002 et vous l'amortissez sur 5 ans. L'annuité sera de 600€).

L'amortissement dégressif est un mode d'amortissement qui permet d'amortir plus rapidement certains biens, qui sont : les installations productrices de chaleur ou d'énergie, les installations de sécurité, les machines de bureau, à l'exclusion des machines à écrire. Lorsque l'on amortit selon le mode dégressif, on applique au taux d'amortissement linéaire un coefficient multiplicateur qui varie en fonction de la durée d'amortissement retenue.

d Les plus et moins-values

Il y a plus-value (ou moins-value) chaque fois qu'un bien sort du patrimoine professionnel pour quelque raison que ce soit (vente, reprise dans le patrimoine privé...). On calcule la plus-value différemment pour les biens incorporels (clientèle, parts de société...) et pour les biens corporels amortissables. On retient la valeur du bien au moment de la sortie du patrimoine professionnel, ce qui peut correspondre à un prix de vente, ou à une valeur vénale que l'on doit estimer (estimation vérifiée par l'administration).

Il est à noter que pour les biens incorporels, la plus ou moins value est égale à la différence entre le prix d'achat et le prix de vente. Contrairement au régime des plus-values des particuliers, on ne tient pas compte de l'érosion monétaire dans le régime des plus-values professionnelles (exemple : vous achetez une clientèle 50000F en 1980. Vous la revendez 400.000 en 2000. La plus-value est égale à 350.000F).

Pour les biens corporels, la plus-value est égale à la différence entre le prix de vente et la valeur nette comptable, qui, elle-même, est égale à la différence entre le prix d'achat et les amortissements pratiqués.

Les plus-values sont soumises à imposition. Cette imposition repose sur la différence entre plus-value à court terme et plus-value à long terme. Chaque année, on réalise la compensation entre plus-values à court terme et moins-values à court terme ou bien entre plus-values à long terme et moins-values à long terme.

Les plus-values à court terme s'ajoutent au bénéfice de l'année de réalisation, sur la déclaration 2035.

Les plus-values à long terme sont imposables au taux de 16%. Les moins-values à long terme s'imputent uniquement sur les plus-values à long terme des dix années suivantes.

e La taxe sur les salaires

Elle est due par les contribuables qui ne sont pas assujettis à la TVA, c'est-à-dire essentiellement par les professions médicales et paramédicales. Elle se calcule sur le montant brut des salaires versés annuellement. Son taux varie de 4,25% à 13,6% en fonction du salaire versé et elle doit être réglée au moyen du bordereau avis de liquidation et de versement 2501 qui doit être adressé à la perception du lieu d'exercice.

f La taxe à la valeur ajoutée (TVA)

Les activités de soins sont en dehors du champs d'application de cet impôt, et les médecins libéraux n'y sont en principe pas assujettis. Certains praticiens peuvent en être partiellement redevables lorsqu'une partie de leur activité est soumise à la TVA. Les activités médicales soumises à la TVA sont les suivantes :

- vente de médicaments par les médecins propharmaciens
- conseils en publicité pharmaceutique
- animation de séminaires ; enseignement , lorsqu'il est rémunéré par un organisme privé
- mise à disposition d'un confrère ou d'un auxiliaire paramédical de locaux équipés ou d'équipement.

3. La comptabilité du médecin libéral

Il ne faut pas uniquement voir dans la comptabilité une obligation astreignante imposée par l'administration fiscale. C'est avant toute chose le témoin de la qualité financière du cabinet et le tableau de bord de l'activité du médecin. Elle permet donc d'analyser l'évolution de l'activité du médecin, de ses revenus et de ses dépenses d'une année sur l'autre. Ceci est primordial si l'on veut investir ou solliciter un emprunt. Tenir sa comptabilité, c'est garder en mémoire les mouvements financiers du cabinet et de contrôler la cohérence des

dépenses et des recettes. Les obligations comptables sont conditionnées par le régime fiscal choisi et l'adhésion ou non à une association de gestion agréée.

a Généralités de la comptabilité du cabinet

La comptabilité d'un médecin ne nécessite pas obligatoirement l'intervention d'un professionnel de la comptabilité. Plusieurs possibilités sont offertes :

- tenue de la comptabilité par le médecin lui-même
- faire appel à un professionnel de la comptabilité
- adhérer à une association agréée

Tenir soi-même sa comptabilité (ou faire tenir par un proche, le conjoint par exemple), permet au médecin de réaliser cette tâche de façon manuscrite, d'utiliser un ordinateur avec un tableur ou de se servir d'un des logiciels de comptabilité spécialement conçus pour les professions libérales.

Faire appel à un professionnel de la comptabilité impose au praticien le choix d'un comptable parfois difficile à faire. Il pourra de toute façon se renseigner auprès de ses collègues et de son conseil départemental, voire auprès de l'ordre départemental ou régional des experts-comptables et comptables agréés. Le choix pourra s'opérer en fonction de différents critères tels que la proximité, la disponibilité, les tarifs ou la représentativité de la profession médicale au sein du cabinet comptable.

Adhérer à une association agréée, c'est adhérer à une association à but non lucratif. Leur accès est libre ou réservé à certaines professions. Elles peuvent être régionales ou nationales. Il en existe de nombreuses réservées aux professions de santé. L'administration fiscale garantie leur sérieux en leur délivrant un agrément.

Les médecins tiennent leur comptabilité selon le principe des entrées et des sorties d'argent, appelées flux financiers. Cela ressemble à la gestion d'un compte bancaire. Il doit pour cela inscrire sur des documents adaptés toutes les entrées et sortie d'argent de la journée. Chaque ligne s'appelle une écriture ou un enregistrement.

Tout entrée et toute sortie professionnelle doit être justifiée. Ainsi, les recettes issues d'actes médicaux sont justifiées par la délivrance d'une feuille de soins, papier ou électronique. Les dépenses professionnelles, quant à elles, seront justifiées à l'aide d'une facture, qui devra être réclamée par le praticien.

Il est d'usage de classer les recettes et les dépenses en catégories, appelées comptes. La liste des comptes est le plan comptable. C'est un langage commun qui permet de publier des documents normalisés.

Les dates auxquelles sont enregistrées les recettes et les dépenses varient selon le mode de règlement. Il s'agit :

- pour les espèces : de la date du mouvement
- pour les chèques : de la date à laquelle le chèque est fait ou remis en banque
- pour les virements : de la date à laquelle le compte bancaire est crédité ou débité
- pour les traites : de la date de l'échéance prévue par les deux parties

La règle élémentaire est d'avoir deux comptes bancaires, l'un à usage personnel et l'autre à usage professionnel. Le plus simple est d'alimenter son compte personnel grâce au compte professionnel. Ceci peut être effectué de manière régulière et automatique en donnant un ordre de virement à la banque. Des apports ponctuels peuvent également être réalisés. Ces mouvements d'argent du compte professionnel vers le compte personnel se nomment prélèvements personnels. L'inverse, c'est-à-dire effectuer un transfert de fonds du compte personnel vers le compte professionnel, est possible : l'opération s'appelle apports personnels. Le médecin pourra donc ventiler ses dépenses sur ses deux comptes, en fonction de leur nature.

b Spécificités liées au mode d'exercice

L'exercice en commun de la profession devient de plus en plus fréquent. La volonté de réduire les frais et les horaires conduisent les médecins à se regrouper. Dans ce cas en général, la comptabilité de la société ou du groupement sera tenue par un professionnel.

La société civile professionnelle SCP implique une mise en commun des recettes et des dépenses. Comme toujours, le résultat est obtenu en retranchant les dépenses aux recettes. La part du résultat revenant à chaque associé est calculée par la SCP. Les associés d'une SCP n'ont donc pas à tenir de comptabilité professionnelle, sauf s'ils ont une autre activité indépendante.

Dans la société civile de moyens SCM, chaque praticien perçoit les honoraires des actes et des consultations qu'il réalise. Cependant, un certain nombre de charges sont communes (secrétariat, loyer, chauffage...). D'autres, au contraire, restent propres à chaque médecin (frais de déplacement, achats de matériels spécifiques à ses compétences...). Il lui faudra alors tenir une comptabilité professionnelle.

Avec le contrat de collaboration, il n'y a pas de constitution de société spécifique. Chaque praticien établit de façon individuelle sa comptabilité.

La convention d'exercice conjoint ne présente pas de différence majeure sur le plan comptable avec les SCP. Les différences se retrouvent essentiellement sur le plan juridique.

La société d'exercice libérale SEL est une entreprise dans laquelle les médecins sont salariés, et peuvent également être actionnaires. Ils n'ont pas à tenir de comptabilité spécifique. S'ils sont actionnaires, l'éventuel résultat, qui leur est versé, est imposable au titre des dividendes.

c Spécificités liées au régime d'imposition

Les régimes fiscaux des médecins sont essentiellement la déclaration contrôlée, l'évaluation administrative et le régime simplifié. Chaque régime impose l'établissement d'une déclaration fiscale différente et des obligations comptables différentes.

La déclaration contrôlée impose la tenue d'un livre journal comportant le détail des recettes non couvertes par la Convention, les autres étant relevées de façon globale sur le SNIR annuel, ainsi que la tenue d'un livre journal comportant le détail des dépenses

professionnelles de manière quotidienne. Il faut également tenir un registre des immobilisations et des amortissements.

L'évaluation administrative impose uniquement de reporter les sommes des relevés individuels de prestations établis par la Sécurité sociale (SNIR).

Le régime simplifié impose la tenue d'un document comptable comportant le détail journalier des recettes professionnelles, c'est-à-dire un journal de recettes.

d Les outils de la comptabilité

La tenue d'une comptabilité claire et rigoureuse est le gage d'une gestion réussie. Elle s'organise autour de quatre documents essentiels, dont certains sont obligatoires sur le plan fiscal.

Le livre journal regroupe le journal des recettes et celui des dépenses. Il reflète les mouvements quotidiens des flux financiers du cabinet. Ce document s'achète en librairie, mais le médecin peut utiliser un tableur ou utiliser un logiciel de comptabilité ou d'aide à la gestion. Il doit être tenu régulièrement, de manière précise, propre, au stylo et non raturé. Des totaux mensuels doivent être réalisés pour chaque colonne. Le journal des recettes reflète les encaissements perçus au cours de l'année, cependant il n'est pas assez détaillé et il convient de tenir à part le livre des encaissements.

Le livre des encaissements est le cahier de tous les encaissements détaillés. Il va refléter toutes les sommes versées sur le compte bancaire ou dans la caisse. Il peut être tenu matériellement sur un simple cahier ou sur des registres achetés en papeterie. Il peut également être réalisé sur ordinateur avec un tableur. Les encaissements seront notés selon leur ordre chronologique. Il est pratique de les totaliser chaque jour afin de pouvoir les reporter quotidiennement dans le journal des recettes du livre journal.

Le registre des immobilisations et des amortissements a pour objet de comptabiliser les immobilisations nécessaires à l'exercice de la profession, ainsi que les amortissements qui leur correspondent.

La balance est le document (facultatif mais utile) où sont reportés tous les mouvements financiers de l'année. Il permet de faire le point sur l'ensemble de l'activité de l'année et de vérifier l'exactitude de la comptabilité tenue.

Même si la plupart des généralistes sont fâchés avec la comptabilité, et trouvent que le temps consacré à cette tâche demeure du temps perdu, il est cependant évident que la comptabilité reste un moteur de bonne gestion du cabinet et une obligation légale de la fiscalité. Mieux vaut une gestion rigoureuse dés le départ de son activité, plutôt que d'avoir par la suite des soucis, soit pour réaliser sa déclaration, soit pour justifier des frais auprès d'un inspecteur pointilleux.

Au terme de ce chapitre, on réalise bien que l'activité du médecin libéral ne se résume pas à la consultation, mais qu'il existe de nombreuses tâches administratives en amont et en aval de l'acte médical.

Méthodologie de l'enquête

III. Enquête sur l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste :

1. Les objectifs

L'objectif principal de cette enquête est de montrer qu'il existe une corrélation entre la charge de travail et la qualité de vie. Nous voulons démontrer que la qualité de vie est dépendante de la charge de travail.

Un objectif secondaire est de comparer la charge de travail du médecin généraliste en milieu rural et urbain, de même que leur qualité de vie respective.

Nous essaierons également de montrer une corrélation entre le profil de santé de Duke et l'échelle visuelle analogique utilisée dans l'enquête.

Un autre objectif secondaire sera de démontrer qu'une réduction du temps de travail, ainsi qu'une amélioration des conditions d'exercice améliorent la qualité de vie. Il sera également intéressant de voir si, de cette enquête, ressortent d'autres éléments allant dans le même sens.

2. L'hypothèse de départ

Nous partons de l'hypothèse que les médecins généralistes ont une charge de travail plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain, du fait essentiellement de la faible densité médicale à la campagne. C'est pourquoi, nous nous proposons de comparer deux populations de médecins généralistes : une population urbaine et une population rurale.

3. La méthodologie

Afin de pouvoir comparer ces deux populations, nous avons utilisé des instruments de mesure de la qualité de vie.

Nous avons tout d'abord sélectionné un questionnaire générique validé de qualité de vie : le Profil de santé de DUKE, que nous détaillerons ci-après.

D'autre part, nous avons également élaboré un avenant à ce questionnaire, regroupant des items plus spécifiques à l'exercice de la médecine générale. Pour des raisons de saisie et d'interprétation des données, il était impératif de réaliser des questions fermées. Un paragraphe «remarques» a néanmoins été mis en bout de questionnaire, afin que les médecins interrogés puissent nous faire part d'idées qui auraient pu nous échapper.

Les médecins interrogés ont donc été sélectionnés dans deux milieux différents. Les médecins urbains ont été tirés au sort sur l'agglomération nancéienne. Pour le groupe de médecins ruraux, nous avons sélectionné un ensemble de cantons ruraux, qui selon l'INSEE, sont des cantons où 100% de la population vit dans des communes de moins de 2000 habitants. Nous nous sommes limités aux départements de la Meuse et des Vosges, qui sont les deux départements les plus ruraux de la région Lorraine (respectivement 53,8% et 29,9% de population rurale) et de plus, éloignés des grands centres hospitaliers (Nancy et Metz). Dans ces cantons ruraux, les médecins ont également été tirés au sort.

Pour que les résultats soient interprétables, il nous fallait avoir au minimum trente réponses dans chaque groupe. Les deux groupes ont alors été composés de soixante médecins ruraux et de cent vingt médecins urbains.

Les deux questionnaires ont été soumis à plusieurs médecins généralistes, afin d'évaluer la faisabilité de l'enquête. Ces pré-tests ont eu pour effet de reconsidérer certains

items du second questionnaire, en vue soit d'une rédaction plus claire, soit d'une liste plus exhaustive des réponses possibles, puisque l'on travaillait sur des réponses fermées.

D'un point de vue pratique, l'ensemble des praticiens sélectionné a reçu un courrier comprenant une lettre explicative, les trois feuilles de questionnaire (cf. Annexes) et une enveloppe pré-affranchie pour le retour des réponses à mon domicile. Les médecins interrogés avaient également la possibilité de répondre par fax au secrétariat de médecine H (Pr de Korwin) de l'hôpital central.

Trois semaines après l'envoi des questionnaires, les personnes n'ayant pas répondu ont été relancées par fax, afin d'améliorer le taux de réponse.

Par la suite, l'ensemble des données a été saisi et traité par JM Virion, statisticien à l'hôpital Marin.

4. Le questionnaire de santé DUKE

Les instruments de mesure de qualité de vie liés à la santé explorent le fonctionnement physique, psychologique et social de l'individu. Les instruments génériques sont utilisables quel que soit le contexte pathologique. La plupart des instruments ont été conçus et développés en langue anglaise, mais une simple traduction ne suffit pas à préserver la validité de l'instrument original. L'adaptation est une étape clé de la mise au point d'un tel instrument. Elle en évite la création, processus souvent long et onéreux. Elle repose sur une méthodologie rigoureuse qui permet de garantir l'équivalence de la source et de la cible, sans avoir à être bilingue parfait.

L'adaptation en français a suivi plusieurs étapes. Trois traductions françaises ont été effectuées par trois traducteurs francophones indépendants, afin de détecter des ambiguïtés ou

des sens inattendus dans les items originaux. Trois contre-traductions ont été effectuées en anglais par trois traducteurs anglophones indépendants, afin d'amplifier des erreurs ou des écarts à l'instrument original. Après l'étape de traduction, a été retenue par un comité d'experts la version 1.1 qui a été pré-testée auprès d'autres experts (cliniciens, méthodologistes) d'une part, et auprès de patients hospitalisés d'autre part. Ce pré-test a alors débouché sur la version 1.2 définitive, qui a été elle-même testée sur un échantillon tiré au sort parmi des volontaires de la population générale pour participer à un essai de prévention des maladies cardio-vasculaires et des cancers ; cet échantillon a répondu deux fois au questionnaire à trois mois d'intervalle. C'est à la suite de ces étapes que le profil de santé de DUKE a pu être validé.

Le profil de santé DUKE est donc un auto-questionnaire de 17 items répartis en 5 dimensions indépendantes :

- physique (5 items)
- mentale (5 items)
- sociale (5 items)
- santé perçue (1 item)
- incapacité (1 item)

Il existe 5 autres dimensions résultant de la recombinaison d'items choisis, ce sont :

- l'estime de soi (5 items)
- l'anxiété (6 items)
- la dépression (5 items)
- la douleur (1 item)
- un score général

Le tableau ci-après présente la ventilation des différents items en fonction des scores du profil de santé de Duke.

Items	Dimensions
1 Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2 Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3 Au fond je suis bien portant	Santé perçue
4 Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5 J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6 Je suis content de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7 Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
8 Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9 Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
10 Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11 Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12 Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13 Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14 Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	Mentale, anxiété
15 Vous avez rencontré des parents ou des amis	Sociale
16 Vous avez eu des activités de groupe ou de loisir	Sociale
17 Vous avez du rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé	Incapacité

Ventilation des items en fonction des scores du profil de santé de DUKE

Pour chaque dimension, la somme des réponses cotées 0,1 ou 2 est faite, puis normalisée de 0 (pire) à 100 (meilleur).

Le profil de santé de DUKE est donc un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé. Sa présentation sous forme d'auto-questionnaire et son contenu (17 items)

en font un instrument, dont les propriétés de mesure s'avèrent satisfaisantes, et l'acceptabilité vérifiée dans un échantillon de la population générale.

5. L'avenant au questionnaire DUKE

Le questionnaire de DUKE étant un instrument générique, nous avons créé un questionnaire visant à préciser certaines notions plus spécifiques, soit à l'enquête, soit à l'exercice de la médecine libérale.

Ainsi, les premiers items permettent de préciser la situation personnelle, familiale et professionnelle de la personne interrogée. Ensuite, on s'attache avec des données simples (nombres d'heures travaillées, nombre de gardes...) à évaluer le rythme de travail du médecin. Il existe également un item portant sur le retentissement de ce rythme sur la vie de famille du médecin, à savoir quelle est la fraction de sa charge de travail qui grève le plus sa vie personnelle. L'item suivant porte sur la satisfaction du praticien par rapport à son salaire. On s'intéresse ensuite à ce qu'il faudrait changer pour améliorer ses conditions de travail. Le dernier item comporte une échelle visuelle analogique visant à coter directement la qualité de vie d'une manière globale. Il est demandé à la personne interrogée de déterminer sur cette échelle sa qualité de vie de « très mauvaise » à « très bonne », afin d'obtenir une mesure rapide et de pouvoir comparer ce résultat aux scores du profil de santé de Duke. Le questionnaire se termine alors sur des remarques si le médecin désire en faire.

Nous avons voulu ce questionnaire relativement court, simple et aéré pour faciliter son remplissage, et ainsi obtenir le meilleur taux de réponse possible.

Vous trouverez en annexes les deux questionnaires utilisés.

Résultats

IV. Résultats

A. Description de l'échantillon

Nous avons pu exploiter 104 réponses sur les 180 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 57,7%. Sur l'ensemble de ces réponses, nous retrouvons 58,6% de médecins urbains pour 41,4% de médecins ruraux.

La lecture des tableaux s'effectue de la manière suivante : le premier nombre correspond à l'effectif, le second au pourcentage en ligne, et le troisième au pourcentage en colonne.

1. Répartition des sujets en fonction de l'âge

Age en fonction du milieu d'exercice			
	Milieu d'exercice		
Age	**Urbain**	**Rural**	**Total**
< 45 ans	22 73,33% 36.07%	8 26,67% 18.60%	30 28,8%
45-54 ans	28 52,83% 45.90%	25 47,17% 58.14%	53 51%
>= 55 ans	11 52,38% 18,03%	10 47,62% 23,26%	21 20,2%
Total	61 58,7%	43 41,3%	104 100%

Tableau n°1 : Répartition des sujets en fonction de l'âge

28,8% des médecins ayant répondu ont moins de 45 ans, 50,9% ont entre 45 et 54 ans et 20,3% ont 55 ans ou plus.

Nous avons réalisé un test du chi² qui n'a pas retrouvé de différence significative d'âge entre les deux groupes.

2. Répartition des sujets en fonction du sexe

Sexe en fonction du milieu d'exercice			
	Milieu d'exercice		
Sexe	**Urbain**	**Rural**	**Total**
Homme	44	40	84
	52,38%	47,62%	80,8%
	72,13%	93,02%	
Femme	17	3	20
	85%	15%	19,2%
	27,87%	6,98%	
Total	61	43	104
	58,7%	41,3%	100%

Tableau n° 2 : Répartition des sujets en fonction du sexe

80,8% des médecins interrogés sont des hommes, contre 19,2% de femmes.

Le test du chi² réalisé montre une différence significative dans la répartition des sexes en fonction du milieu d'exercice avec un p à 0,0078. Les hommes sont beaucoup plus représentés en milieu rural (47,62%) que les femmes (15%).

3. Situation familiale

Situation familiale en fonction du milieu d'exercice			
	Milieu d'exercice		
Situation familiale	Urbain	Rural	Total
Célibataire	5	1	6
	83,33%	16,67%	5,76%
	8,20%	2,33%	
Marié	46	38	84
	54,76%	45,24%	80,76%
	75,41%	88,37%	
Divorcé	7	4	11
	63,64%	36,36%	10,57%
	11,48%	9,30%	
Vie maritale	3	0	3
	100%	0	2,88%
	4,92%	0	
Total	61	43	104
	58,65%	41,34%	

Tableau n° 3 : Situation familiale en fonction du milieu d'exercice

5,8% des médecins ayant répondu sont célibataires, 80,8% sont mariés, 10,6% sont divorcés et 2,8% vivent maritalement.

Le test du chi² n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la situation familiale..

La moyenne du nombre d'enfants est de 2,34 sur l'ensemble de l'enquête. Dans de groupe rural, elle est de 2,2414 et dans le groupe urbain de 2,4651. Le test T de Student n'a pas mis en évidence de différence significative sur cette variable entre les deux groupes.

4. Evaluation de la charge de travail

La charge de travail est évaluée en tenant compte du nombre de consultations par semaine, du nombre de visites par semaine, du nombre d'heures de travail hebdomadaires sans les gardes et du nombre de gardes par mois. Le tableau ci-dessous reprend ces variables sur l'ensemble des réponses.

Variables	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Nombre consultations par semaine	102	107,78	37,96	30	220
Nombre visites par semaine	101	24,06	15,69	0	60
Nombre d'heures de travail par semaine	102	55,71	10,36	30	78
Nombre gardes par mois	103	2,46	2,55	0	10

Tableau n° 4 : Evaluation de la charge de travail de l'échantillon

Le tableau ci-dessous reprend les mêmes variables en fonction du milieu d'exercice.

Variables	Urbain				Rural				p
	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	
Nombre de consultations par semaine	101,97	36,87	30	200	115,77	38,40	40	220	NS[3]
Nombre de visites par semaine	19,77	14,59	0	60	29.09	34.58	8	60	p=0,0013
Nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes	53,06	11,20	30	78	59,32	7,85	43	78	p=0,0022
Nombre de gardes par mois	1,05	1,57	0	9	4,41	2,36	0	10	p<0,0001

Tableau n° 5 : Evaluation de la charge de travail en fonction du milieu

[3] NS : non significatif

La comparaison entre le nombre de consultations des médecins ruraux et des médecins urbains par le test T de Student n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux groupes (p à 0,07).

Néanmoins, nous retrouvons une différence significative entre les milieux d'exercice quant aux autres variables. Les médecins ruraux comptent plus d'heures de travail par semaine que leurs collègues urbains (p à 0,0022), avec une moyenne rurale à 59,3 heures et une moyenne urbaine à 53 heures. De même pour le nombre de gardes par mois ($p < 0,0001$), les médecins ruraux assurant 4,41 gardes par mois en moyenne contre 1,05 pour les praticiens urbains. Le nombre de visites est également significativement différent entre les deux groupes (p à 0,0013) avec un nombre de visites moyen par semaine de 34,582 pour le groupe rural contre 23,613 pour le groupe urbain.

Nous nous sommes également intéressés à la comparaison de la charge de travail entre les deux sexes. Le tableau ci-dessous présente les résultats :

Variables	Homme				Femme				p
	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	
Nombre de consultations par semaine	108,46	37,65	30	220	105	40,06	50	200	NS
Nombre de visites par semaine	27,11	15,52	0	60	11,7	8,94	0	30	p<0,0001
Nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes	57,33	9,48	30	78	48,11	11,51	35	75	p=0,0035
Nombre de gardes par mois	2,73	2,63	0	10	1,21	1,71	0	6	p=0,0033

Tableau n° 6 : Evaluation de la charge de travail en fonction du sexe

Nous n'avons pas constaté de différence significative pour le nombre de consultations par semaine entre les deux sexes. Cependant, nous avons mis en évidence une différence en ce qui concerne le nombre de visites par semaine (p<0,0001), le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes (p à 0,0035) et le nombre de gardes mensuels (p à 0,0033).

Les médecins femmes réalisent en moyenne 11,7 visites par semaine contre 27,111 pour les hommes. De même, elles travaillent en moyenne 48,111 heures par semaine en dehors des gardes contre 57,333 pour les hommes, et assurent 1,2105 gardes par mois en moyenne contre 2,7381 pour les hommes.

5. Les conditions d'exercice

Les tableaux ci-dessous représentent les conditions dans lesquelles les médecins sont installés, à savoir s'ils travaillent seul ou en association et s'ils ont recours à un service de secrétariat (secrétaire ou télésecrétariat).

Mode d'exercice en fonction du milieu d'exercice			
	Milieu d'exercice		
Exercez-vous seul ou en association ?	Urbain	Rural	Total
En association	25 65,79% 40,98%	13 34,21% 30,23%	38 36,5%
Seul	36 54,55% 59,02%	30 45,45% 69,77%	66 63,5%
Total	61 58,7%	43 41,3%	104 100%

Tableau n° 7 : Mode d'exercice en fonction du milieu d'exercice

Utilisation d'un secrétariat en fonction du milieu d'exercice			
	Milieu d'exercice		
Avez-vous une secrétaire ou un télésecrétariat ?	Urbain	Rural	Total
Non	41 57,75% 67,21%	30 42,25% 69,77%	71 68,3%
Oui	20 60,61% 32,79%	13 39,39% 30,23%	33 31,7%
Total	61 58,7%	43 41,3%	104 100%

Tableau n° 8 : Utilisation d'un secrétariat en fonction du milieu d'exercice

36,5% des médecins ayant répondu travaillent en association, contre 63,5% seul. Nous n'avons pas constaté de différence significative entre les deux groupes concernant cette variable qualitative.

68,3% des médecins interrogés n'ont pas recours à un service de secrétariat. Aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes.

6. Répercussion du rythme de travail sur la vie de famille

La question posée est : le rythme de travail empiète-t-il sur la vie familiale ou vie privée ?

Rythme de travail en fonction du milieu d'exercice			
	Milieu d'exercice		
Votre rythme de travail empiète-t-il sur votre vie de famille ou vie privée ?	Urbain	Rural	Total
Non	12 75% 19,67%	4 25% 9,30%	16 15,4%
Oui	49 55,68% 80,33%	39 44,32% 90,70%	88 84,6%
Total	61 58,7%	43 41,3%	104 100%

Tableau n° 9 : Rythme de travail en fonction du milieu d'exercice

Les médecins interrogés ont massivement répondu oui à 84,6%, sans que le test du chi² ne mette en évidence de différence significative entre les deux groupes.

Les raisons de cet empiétement sur la vie privée en fonction du milieu d'exercice sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Variables	Urbains n=61	Ruraux n=43	Total n=104
Trop de charges administratives	36 59%	30 69,8%	66 63,5%
Charge de travail trop importante	34 55,73%	30 69,8%	64 61,5%
Trop de pression de la part des patients	17 27,9%	19 44,2%	36 34,6%
Trop de stress	18 29,5%	16 37,2%	34 32,7%
Trop de responsabilités	13 21,3%	9 20,9%	22 21,1%
autres	13 21,3%	5 11,6%	18 17,3%

Tableau n°10 : Les raisons de l'empiétement de la vie professionnelle sur la vie de famille en fonction du milieu d'exercice

La première tâche qui semble le plus grever les conditions d'exercice des médecins généralistes est l'excès de charges administratives avec 63,4% des réponses. Viennent ensuite la charge de travail trop importante (61,5%), la pression de la part des patients (34,6%), le stress (32,7%) et les responsabilités trop importantes (21,1%).

Le test du chi² réalisé successivement sur ces différentes variables n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre milieu rural et milieu urbain.

Nous avons également comparé les conditions de travail entre les sexes. Le tableau ci-après présente les résultats :

Rythme de travail en fonction du sexe			
	Sexe		
Votre rythme travail empiète-t-il sur votre vie de famille ou vie privée ?	**Homme**	**Femme**	**Total**
Non	11	5	16
	68,75%	31,25%	15,4%
	13,10%	25%	
Oui	73	15	88
	82,95%	17,05%	84,6%
	86,90%	75%	
Total	84	20	104
	80,8%	19,2%	100%

Tableau n° 11 : rythme de travail en fonction du sexe

Les médecins hommes ont répondu oui à 86,9% et les femmes à 75%. Il n'y a pas de différence significative du ressenti de la charge de travail par rapport à la vie de famille entre les deux sexes.

Les raisons de cet empiètement sur la vie privée en fonction du sexe sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Variables	Homme n=84	Femme n=20	Total n=104
Trop de charges administratives	57 67,8%	9 45%	66 63,5%
Charge de travail trop importante	53 63,1%	11 55%	64 61,5%
Trop de pression de la part des patients	31 36,9%	5 25%	36 34,6%
Trop de stress	26 30,9%	8 40%	34 32,7%
Trop de responsabilités	14 16,7%	8 40%	22 21,1%
autres	13 15,5%	5 25%	18 17,3%

Tableau n°12 : Les raisons de l'empiétement de la vie professionnelle sur la vie de famille en fonction du sexe

Nous avons montré une différence significative du poids des responsabilités qui semble plus pesant pour les médecins femmes interrogées (40% d'entre elles) que pour les hommes (16,67% d'entre eux) avec p à 0,0323. Pour les autres items, nous n'avons pas retrouvé de différence significative.

Nous avons classé les contraintes par ordre d'importance décroissante en fonction du sexe.

Ainsi, les hommes se plaignent en majorité des charges administratives trop lourdes (67,86%), viennent ensuite la charge de travail trop importante (63,1%), la pression trop importante de la part des patients (36,9%), l'excès de stress (30,95%) et les responsabilités trop lourdes.

En ce qui concerne les femmes, vient en premier lieu la charge de travail trop importante (55%), puis les charges administratives trop lourdes (45%), les responsabilités trop lourdes et l'excès de stress (40%), et enfin la pression trop importante de la part des patients (25%).

7. Appréciation de la rémunération

Nous avons voulu savoir comment les médecins interrogés jugeaient leur rémunération par rapport à leur activité professionnelle. 45,1% d'entre eux la considèrent comme insuffisante contre 54,9% qui la jugent justifiée. Aucun praticien de l'enquête ne trouve sa rémunération excellente par rapport à son activité. Ces résultats se trouvent dans le tableau ci-dessous :

Appréciation de la rémunération en fonction du milieu			
	Milieu		
Par rapport à votre activité, comment jugez-vous votre rémunération ?	**Urbain**	**Rural**	**Total**
Insuffisante	30 65,22% 50%	16 34,78% 38,10%	46 45 ,1%
Justifée	30 53,57% 50%	26 46,43% 61,90%	56 54,9%
Excellente	0 0 0	0 0 0	0
Total	60 58,8%	42 41,2%	102 100%

Tableau n°13 : Appréciation de la rémunération en fonction du milieu d'exercice

Nous nous sommes également intéressés à l'appréciation de la rémunération en fonction du sexe :

Appréciation de la rémunération en fonction du sexe			
	Sexe		
Par rapport à votre activité, comment jugez-vous votre rémunération ?	Homme	Femme	Total
Insuffisante	35	11	46
	76,09%	23,91%	45,1%
	42,68%	55%	
Justifée	47	9	56
	83,93%	16,07%	54,9%
	57,32%	45%	
Excellente	0	0	0
	0	0	0
	0	0	
Total	82	20	102
	80,4%	19,6%	100%

Tableau n°14 : Appréciation de la rémunération en fonction du sexe

Nous n'avons pas montré de différence significative d'appréciation de la rémunération entre les deux sexes.

8. Amélioration des conditions d'exercice

A partir de la question n° 13 de notre questionnaire, nous avons voulu préciser les modifications de l'activité médicale qui pourraient améliorer les conditions d'exercice. Les différentes variables se retrouvent dans le tableau ci-dessous :

Variables	Urbains n=61	Ruraux n=43	Total n=104
Réduction des charges administratives	41 67,2%	32 74,4%	73 70,2%
Réduction du temps de travail	33 54,1%	26 60,5%	59 56,7%
Facilité à trouver un remplaçant	23 37,7%	24 55,8%	47 45,2%
Diminution du nombre de visites	22 36,1%	12 27,9%	34 32,7%
Fermeture du cabinet une journée par semaine	16 26,2%	11 25,6%	27 25,9%
Diminution du nombre de gardes	12 19,7%	13 30,2%	25 24,%
Association avec d'autres médecins généralistes	13 21,3%	9 20,9%	22 21,1%
Emploi de personnel au cabinet	15 24,6%	5 11,6%	20 19,2%
Collaboration accrue avec du personnel paramédical	7 11,5%	10 23,2%	17 16,3%
Autre	7 11,5%	4 9,3%	11 10,6%

Tableau n° 15 : Les mesures pouvant améliorer les conditions de travail des médecins généralistes

La réduction des charges administratives se détache nettement, puisque 70,2% des médecins ayant répondu pensent que cette mesure améliorerait nettement leurs conditions de travail. Il en va de même pour la réduction du temps de travail avec 56,7% et la facilité à trouver un remplaçant avec 45,2%. Viennent ensuite la diminution du nombre de visites (32,7%), la fermeture du cabinet une journée par semaine (25,9%), la diminution du nombre de gardes (24%), l'association avec d'autres médecins généralistes (21,1%), l'emploi de personnel au cabinet (19,2%) et la collaboration accrue avec du personnel paramédical (16,3%).

Le test du chi² réalisé successivement sur ces différents items ne montre pas de différence significative en fonction du milieu d'exercice.

9. Conclusion

Finalement, cette description met en évidence une disparité de répartition des médecins en fonction du sexe, les hommes semblant s'installer plus facilement à la campagne que les femmes.

En ce qui concerne le nombre de consultations hebdomadaires, le milieu d'exercice ne semble pas intervenir, contrairement aux nombres de visites, aux nombre d'heures de travail et aux nombre de gardes, qui sont plus élevés dans le groupe rural que dans le groupe urbain.

Nous avons également mis en évidence une différence quant au nombre de visites par semaine, au nombre d'heures travaillées en dehors des gardes et au nombre de gardes mensuelles entre les deux sexes. Les médecins femmes présentent des chiffres moins élevés que leurs collègues masculins sur l'ensemble de l'échantillon en ce qui concerne ces trois variables. Par conséquent, leur charge de travail apparaît moins importante que celle des médecins hommes.

Quand nous avons interrogé les médecins sur les raisons qui empiétaient sur leur vie privée, nous avons mis en évidence une différence significative entre les deux sexes, les femmes mettant plus souvent en avant la lourdeur des responsabilités que les hommes.

B. Analyse statistique de la qualité de vie

1. Profil de santé de Duke et EVA

Nous avons voulu savoir s'il existait une corrélation entre le profil de santé de Duke et l'échelle visuelle analogique dont nous nous sommes servi dans notre questionnaire pour évaluer de manière rapide la qualité de vie des personnes interrogées. Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'ensemble des réponses :

Variables	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
EVA	104	51,70	21,59	4	95
Score physique	104	74,62	20,29	10	100
Score mental	104	72,12	20,32	10	100
Score social	104	65,10	20,10	20	100
Score général	104	70,61	15,35	23,33	96,67
Score de santé perçue	104	66,35	31,50	0	100
Score d'estime de soi	104	71,73	18,72	20	100
Score d'anxiété	104	70,67	18,58	25	100
Score de dépression	104	76,83	19,77	20	100
Score de douleur	104	64,42	34,61	0	100
Score d'incapacité	103	98,06	13,87	0	100

Tableau n°16 : Les différents scores de qualité de vie

Le tableau ci-après reprend les mêmes variables en fonction du milieu d'exercice :

Variables	Urbain				Rural				p
	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	
EVA	52,41	22,03	4	95	50,69	21,17	14	89	NS
Score physique	75,41	18,67	10	100	73,48	22,56	20	100	NS
Score mental	74,91	18,03	30	100	68,14	22,80	10	100	NS
Score social	68,68	19,44	20	100	60	20,11	20	100	NS
Score général	73	14,66	23,33	96,66	67,20	15,81	36,66	93,33	NS
Score de santé perçue	66,39	29,89	0	100	66,27	34,01	0	100	NS
Score d'estime de soi	74,26	17,74	20	100	68,14	19,67	30	100	NS
Score d'anxiété	73,36	16,51	25	100	66,86	20,77	25	100	NS
Score de dépression	79,01	17,67	30	100	73,72	22,25	20	100	NS
Score de douleur	63,93	31,79	0	100	65,11	38,63	0	100	NS
Score d'incapacité	98,33	12,91	0	100	97,674	15,25	0	100	NS

Tableau n° 17 : Comparaison des différents scores de qualité de vie en fonction du milieu d'exercice

La comparaison successive de toutes ces variables par le test T de Student n'a pas permis de montrer de différence significative de qualité de vie entre les deux groupes.

Nous avons également montré qu'il existait une corrélation positive entre les différents scores du Duke et l'EVA (hormis le score d'incapacité). Le tableau ci-dessous présente les différents coefficients de corrélation.

Vous trouverez en Annexes les graphiques correspondants.

Corrélation entre scores de Duke et EVA		
	EVA	**p**
Score physique	r=0,38818	p<0,0001
Score mental	r=0,40967	p<0,0001
Score social	r=0,42907	p<0,0001
score général	r=0,53912	p<0,0001
score de santé perçue	r=0,33266	p=0,0006
score d'estime de soi	r=0,50477	p<0,0001
score anxiété	r=0,42874	p<0,0001
score de dépression	r=0,35894	p=0,0002
score de douleur	r=0,21888	p=0,0256

Tableau n° 18 : Corrélation entre les scores du profil de santé de DUKE et le score d'EVA

Nous avons donc montré qu'il existe une corrélation positive entre l'EVA et les différents scores de Duke. Quand le score d'EVA augmente, tous les scores du profil de santé de Duke augmente, correspondant à une meilleure qualité de vie perçue.

Nous allons maintenant comparer différents items de notre questionnaire avec la qualité de vie, c'est à dire les différents scores du profil de santé de Duke et l'EVA, et rechercher s'il existe des corrélations.

2. Comparaison conditions de travail / qualité de vie

Les conditions de travail étudiées dans l'enquête sont l'installation seul ou en association et l'utilisation ou non d'un service de secrétariat.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative dans les scores de qualité de vie, que les médecins soient installés seul ou en association. Il en est de même pour l'utilisation d'un service de secrétariat.

3. Corrélation entre charge de travail et qualité de vie

Nous avons recherché une corrélation entre la charge de travail et les scores de Duke et l'EVA sur l'ensemble de l'échantillon. La charge de travail est représentée par quatre variables : le nombre de consultations par semaine, le nombre de visites par semaine, le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes et le nombre de gardes par mois.

Variables	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum
Age	104	48,41	7,86	29	69
Nombre de consultations par semaine	102	107,78	37,96	30	220
Nombre de visites par semaine	101	24,05	15,69	0	60
Nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes	102	55,70	10,36	30	78
Nombre de gardes par mois	103	2,45	2,55	0	10

Tableau n° 19 : Evaluation de la charge de travail de l'échantillon total

a Le nombre de consultations par semaine

Le nombre moyen de consultations est de 107,8 par semaine. Nous avons trouvé une corrélation négative entre le nombre de consultations par semaine et le score d'anxiété avec $r = -0,2$ ($p = 0,0425$) et entre le nombre de consultations par semaine et le score de dépression avec $r = -0,24$ ($p= 0,0161$).

Ainsi, quand le nombre de consultations hebdomadaires augmentent, les scores d'anxiété et de dépression diminuent. Autrement dit, quand le nombre de consultations augmente, les médecins voient leur qualité de vie diminuer.

Les deux graphiques correspondants se trouvent en Annexes.

Le tableau ci-dessous présente la corrélation entre le nombre de consultations par semaine et les différents scores du profil de santé de DUKE.

Corrélation entre nombre de consultations par semaine et scores de Duke		
	Nombre Consultations par semaine	**p**
Score physique	r=-0,03963	NS
Score mental	r=-0,18355	NS
Score social	r=0,06321	NS
score général	r=-0,07065	NS
score de santé perçue	r=-0,14359	NS
score estime de soi	r=-0,14021	NS
score d'anxiété	r=-0,20125	p=0,0425
score de dépression	r=-0,23779	p=0,0161
score de douleur	r=0,02671	NS

Tableau n° 20 : Corrélation entre le nombre de consultations par semaine et les scores du profil de santé de DUKE

Par contre, nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre le nombre de consultations par semaine et l'EVA.

b Le nombre de visites par semaine

Le nombre moyen de visites est de 24,05 par semaines. Aucune corrélation n'a pu être mise en évidence entre cette variable et les scores de Duke, ni même avec l'EVA.

c Le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes

Le nombre moyen d'heures de travail en dehors des gardes est de 55,7 heures par semaine. Nous avons pu mettre en évidence une corrélation négative entre cette variable et le score mental, de même qu'avec le score social, le score général, le score d'estime de soi, le score d'anxiété et le score de dépression du profil de santé de Duke.

Le tableau ci-après présente ces résultats.

Corrélation entre nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes et scores de Duke		
	Nombres d'heures de travail	**p**
Score physique	r=-0,16919	NS
Score mental	r=-0,22668	p=0,0220
Score social	r=-0,30570	p=0,0018
score général	r=-0,30942	p=0,0016
score de santé perçue	r=-0,17885	NS
score d'estime de soi	r=-0,26285	p=0,0076
score d'anxiété	r=-0,20431	p=0,0394
score de dépression	r =-0,20193	p=0,0418
score douleur	r =-0,01027	NS

Tableau n° 21 : Corrélation entre le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes et les scores du profil de santé de DUKE

Ainsi, plus le nombre d'heures de travail augmente, plus les scores qui y sont corrélés diminuent, correspondant à une diminution de la qualité de vie.

Nous avons également retrouvé une corrélation négative entre le nombre d'heures de travail par semaine et l'EVA avec r = -0,38313 et p<0,0001.

Corrélation entre nombre d'heures de travail par semaine et EVA		
	EVA	**p**
Nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes	r = -0,38313	p<0,0001

Tableau n° 22 : Corrélation entre le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes et le score d'EVA

Ainsi, quand le nombre d'heures de travail augmente, le score d'EVA diminue, correspondant à une baisse de la qualité de vie.

Les graphiques correspondants sont en Annexes.

d Le nombre de gardes par mois

Le nombre moyen de gardes est de 2,45 par mois. Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le nombre de gardes effectuées par mois et les scores de DUKE, ni avec l'EVA.

4. Corrélation entre l'âge et la qualité de vie

Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre l'âge des médecins et les scores du profil de santé de Duke, ni avec l'EVA.

5. Relation entre sexe et qualité de vie

Nous avons comparé les différents scores du profil de santé de Duke et l'EVA entre les deux sexes et nous n'avons pas montré de différence significative de qualité de vie entre les hommes et les femmes de l'échantillon.

6. Comparaison de la qualité de vie en fonction de l'appréciation de la rémunération

Nous avons comparé la qualité de vie en fonction du ressenti qu'avaient les médecins par rapport à leur rémunération. Aucun médecin n'ayant estimé sa rémunération excellente, nous avons comparé la qualité de vie des médecins en fonction d'une rémunération insuffisante ou justifiée. Nous n'avons pas montré de différence significative de score du profil de santé de DUKE, que la rémunération soit insuffisante ou justifiée. Par contre, les médecins jugeant leur rémunération justifiée avaient des score d'EVA meilleurs que leurs collègues avec une rémunération injustifiée ($p= 0,0104$).

Variables	Appréciation de la rémunération								
	Insuffisante				Justifiée				p
	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	Moyenne	Ecart type	Mini	Maxi	
Score d'EVA	45,19	21,53	4	80	56,12	20,33	15	95	p=0,0104

Tableau n° 23 : Comparaison du score d'EVA en fonction de l'appréciation du médecin généraliste de sa rémunération

7. Conclusion

Nous n'avons donc pas pu mettre en évidence de différence entre les scores du profil de santé de Duke des médecins exerçant en milieu rural ou urbain. Il en est de même avec le score d'EVA. Ainsi, la qualité de vie ne serait pas modifiée, que le médecin s'installe en ville ou à la campagne.

Nous avons néanmoins constaté une corrélation relativement forte (r compris entre 0,21888 et 0,53912) entre les scores du profil de santé de Duke et l'EVA.

Nous avons également remarqué que plus le nombre de consultations par semaine augmentent, plus les scores d'anxiété et de dépression diminuent, correspondant à une meilleure qualité de vie, ceci n'ayant pas été mis en évidence pour le score d'EVA. Nous n'avons pas mis en évidence de relation entre les scores de qualité de vie et le nombre de visites par semaine ou de gardes par mois.

Cependant, nous avons retrouvé une corrélation négative entre le nombre d'heures travaillées et les scores de santé mentale, social, général, d'estime de soi, d'anxiété et de dépression. Quand le nombre d'heures de travail augmente, nous constatons donc une diminution de ces scores, correspondant donc à une moins bonne qualité de vie dans les dimensions correspondantes. Une corrélation négative existe également entre le nombre d'heures travaillées et le score d'EVA, avec les mêmes conséquences.

Discussion

V. Discussion

A une époque où la culture des loisirs et l'accomplissement de la vie privée semblent prendre une place importante dans la vie de tout un chacun, il nous est apparu intéressant de faire le point sur la situation des médecins généralistes. Longtemps considérés comme des nantis et des notables de la société, les médecins libéraux ont voulu montrer au travers de la crise de l'automne 2001, que leurs conditions d'exercice s'étaient considérablement dégradées, en terme de charge de travail, rémunération, obligations administratives...mais aussi en terme de reconnaissance de la part des patients. Partant de ces constatations, nous nous sommes demandés comment les médecins généralistes ressentaient leur situation professionnelle face à une société voulant imposer les 35 heures hebdomadaires comme référence. De même, nous nous sommes interrogés sur les conséquences de cette situation sur leur vie de famille et leur vie privée. Nous avons alors envisagé d'étudier la qualité de vie des médecins généralistes et d'évaluer l'impact de leur charge de travail sur leur vie de famille.

Notre enquête a reçu un très bon accueil auprès de l'ensemble des médecins interrogés avec de nombreuses remarques de sympathie telles que : «enquête intéressante», «j'aimerais vivement obtenir les résultats de votre travail», «bon courage»... Le corollaire est que nous avons eu un excellent retour avec un taux de réponse de 57,7%.(104 questionnaires retournés exploitables sur les 180 praticiens tirés au sort). Ce taux est tout à fait important d'autant plus que l'on s'adressait à une population de professionnels qui bien souvent présente un taux de réponse assez faible aux enquêtes. Ceci montre bien à quel point les médecins généralistes se sont sentis concernés par la problématique de leur qualité de vie en rapport avec leur activité professionnelle. Il est aussi à noter qu'une fraction non négligeable des médecins qui ont répondu, se sont servi de cette enquête pour faire part de leur désarrois face à la profession.

Nous allons mener notre discussion en fonction des différents objectifs qui sont au nombre de cinq :

- impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins généralistes
- comparaison de la qualité de vie en fonction du milieu d'exercice
- comparaison de la qualité de vie en fonction du sexe
- corrélation entre scores du profil de santé de Duke et score d'EVA
- amélioration des conditions d'exercice

1. Impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins généralistes

L'objectif principal de notre enquête était de montrer qu'il existait un impact de la charge de travail du médecin généraliste sur sa qualité de vie. Peu d'enquêtes européennes ont analysé les conditions de travail et la santé perçue des médecins généralistes. La plupart se sont d'ailleurs focalisées sur leurs conditions de travail et leur santé, et non sur le ressenti de leur santé et donc de leur qualité de vie.

Selon le rapport de D.TRUCHOT (réf. biblio. n° 4) sur le Burn'Out des médecins libéraux de Bourgogne commandé par l'URML de Bourgogne en 2002, aucune différence significative n'a été mise en évidence pour les trois dimensions du Burn'Out entre médecins ruraux ou urbains. Bien entendu cette enquête ne s'intéressait pas à la qualité de vie des médecins mais à la notion de Burn'Out, qui décrit un certain degré d'usure professionnelle, ce qui semble tout de même intéressant de mettre en parallèle avec notre étude dans la mesure où nous nous sommes penchés sur la charge de travail des médecins généralistes. Le Burn'Out comprend donc trois dimensions : l'épuisement émotionnel avec un professionnel «vidé nerveusement», la dépersonnalisation correspondant à des attitudes impersonnelles, détachées du patient, et la réduction de l'accomplissement personnel avec une réduction importante de l'estime de soi. Les conclusions de ce rapport (basé sur le Maslach Burn'Out Inventory) sur l'impact de la charge de travail sur les trois dimensions du Burn'Out sont les suivantes :

l'accomplissement personnel demeure stable quelle que soit la variable utilisée ; quand le nombre de jours de travail augmente, quand l'amplitude horaire s'élève et quand la cadence d'actes réalisés s'accélère, l'accomplissement ne varie pas ; l'épuisement émotionnel n'est influencé que par le nombre d'actes réalisés (passage rapide d'un patient à un autre et nombreux diagnostics à poser) ; cependant, la dimension la plus sensible à la charge de travail est la dépersonnalisation, qui correspond au coté relationnel de l'activité du médecin. L'augmentation du nombre de jours travaillés et du nombre d'actes réalisés entraîne des attitudes impersonnelles et négatives, ainsi le professionnel qui n'a plus l'énergie de répondre aux attentes de ses patients, «bloque» l'empathie qu'il peut avoir à leur égard.

De même, SUNDQUIST et JOHANSSON (réf. biblio. n° 3) ont utilisé le questionnaire Short Form 36 (SF 36) et le «Swedish Survey of Living Conditions» pour mettre en relation la charge de travail et les aspects psychosociaux du bien-être chez des médecins généralistes suédois, tels que la vitalité, les relations sociales, l'émotivité et la santé mentale. Ils ont montré qu'une charge de travail importante entraînait une altération du bien-être et un risque accru de baisse de l'état de santé.

Dans notre enquête, la charge de travail a été évaluée selon quatre variables : le nombre de consultations par semaine, le nombre de visites par semaine, le nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes et le nombre de gardes par mois.

Nous avons montré qu'il existait une corrélation négative entre le nombre de consultations effectuées par semaine et les scores d'anxiété et de dépression du profil de santé

de Duke. Ainsi, quand le nombre de consultations hebdomadaires augmentent, les scores d'anxiété et de dépression diminuent. Donc quand le nombre de consultations hebdomadaires augmente, la qualité de vie des médecins généralistes diminue. Cet effet apparaît tout à fait conforme à ce que nous attendions.

D'autre part, nous n'avons pas montré de corrélation entre le nombre de visites effectuées par semaine et les scores du profil de santé de Duke, ni avec le score d'EVA. Notre enquête faisant suite à la crise de l'automne 2001, avec une politique de santé visant à limiter au maximum la visite, il semble que de nombreux médecins aient déjà réduit leur quota de visites par rapport à leurs consultations, se servant de ces déplacements pour couper de longues heures d'activité au cabinet. Il aurait été intéressant de savoir dans quelle mesure les praticiens avaient réduit le nombre de leurs visites et quel avait été le bénéfice de cette réduction sur leurs conditions de travail, mais dans le but d'avoir un questionnaire court et facile à remplir, nous ne nous sommes pas penchés sur cette question.

Le nombre d'heures de travail effectuées par semaine en dehors des gardes est une variable très intéressante, car elle peut être comparée à la situation professionnelle de n'importe quelle personne ayant un emploi. A l'heure où la législation du travail impose une durée hebdomadaire de travail de 35 heures pour les salariés, il est intéressant de voir que les médecins de notre échantillon déclarent réaliser 55,7 heures hebdomadaires en moyenne. Dans notre enquête, nous avons pu montrer qu'il existait une corrélation négative entre cette variable et les scores de santé mentale, social, général, d'estime de soi, d'anxiété et de dépression du profil de santé de Duke. Ainsi, quand le nombre d'heures travaillées par semaine augmente, ces scores diminuent, correspondant à une baisse de la qualité de vie du médecin. Nous avons également pu mettre en évidence une corrélation négative entre cette variable et le score d'EVA. Contrairement à ce que nous avons observé entre le nombre de

consultations hebdomadaires et la qualité de vie, ce résultat apparaît logique et conforme à ce que l'on attendait. En effet, l'allongement de la durée du temps de travail hebdomadaire ne peut se faire qu'au détriment du temps consacré à sa vie privée et par une réduction du temps de repos, ne pouvant engendrer que du stress, ainsi qu'une moins bonne santé perçue.

En ce qui concerne le nombre de gardes réalisées par mois, nous n'avons pas montré de corrélation entre cette variable et la qualité de vie des médecins généralistes (scores de Duke ou score d'EVA). Encore une fois, notre enquête ayant été réalisée après le mouvement protestataire de 2001, il semble que le système de gardes soit en pleine mutation, que ce soit en terme financier avec entre autre un paiement de l'astreinte, ou que ce soit en terme de restructuration avec une coordination accrue entre SAMU et libéraux et la mise en place de médecins référents SAMU dans le cadre des urgences vraies en relais du SMUR (départements ruraux).

Sur ces quatre variables, trois d'entre elles évaluent directement l'activité médicale du médecin (consultations, visites et gardes), alors que le nombre d'heures travaillées par semaine en dehors des gardes avait pour but de nous donner une approximation de la charge de travail du praticien, englobant l'ensemble de son activité (médicale, administrative, formation), qui puisse être accessible à tout un chacun. Les résultats de cette enquête n'ont pas mis en évidence de corrélation entre nombre de visites hebdomadaires/nombre de gardes mensuels et la qualité de vie des médecins interrogés. Peut-être n'y en avait-il pas, du fait des récentes modifications de l'activité, mais il se peut que notre échantillon n'ait pas été suffisamment grand. Cependant, ce travail a tout de même démontré, d'une part, que l'allongement du temps de travail hebdomadaire avait un impact négatif sur la qualité de vie, et d'autre part, que la charge de travail n'était pas une donnée simple à évaluer, et qu'elle

suffisamment grand. Cependant, ce travail a tout de même démontré, d'une part, que l'allongement du temps de travail hebdomadaire avait un impact négatif sur la qualité de vie, et d'autre part, que la charge de travail n'était pas une donnée simple à évaluer, et qu'elle pouvait être définie très différemment entre deux corps de métiers différents. Comme nous l'avons vu, l'activité du médecin généraliste se compose de différentes tâches, qui ne sont pas toutes d'ordre médical, et qu'il lui faut remplir sous peine de voir péricliter son entreprise. De la part relative que prendra chaque obligation dans l'emploi du temps du praticien, de son ressenti par rapport à certaines «corvées» (comptabilité, gestion de stock...) et du fait qu'il sera aidé ou non dans ses différentes tâches (secrétaire, comptable, conjoint...), dépendra la qualité de vie perçue par le médecin généraliste. S'il semble évident que la charge de travail ne peut pas se résumer à un simple chiffre, elle n'est pas non plus le seul facteur entrant en compte pour la qualité de vie. Les conditions de travail demeurent primordiales pour le ressenti qu'un professionnel peut avoir de son bien-être. C'est probablement pourquoi nous avons observé un effet inverse sur la qualité de vie des médecins généralistes entre le nombre de consultations hebdomadaires et la durée de travail hebdomadaire.

2. Comparaison de la qualité de vie en fonction du milieu d'exercice

Notre enquête a été bien accueillie par les médecins généralistes et ce quelque soit le milieu d'exercice. En effet, nous avons obtenu un taux de réponse de 50,8% pour le groupe urbain et 71,7% pour le groupe rural. Un objectif secondaire de ce travail était de comparer la qualité de vie des médecins en fonction de leur milieu d'exercice.

Ainsi, D.TRUCHOT (réf. Biblio. n° 4) n'a pas mis en évidence de différence significative portant sur les trois dimensions du Burn'Out, à savoir épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel, entre les médecins ruraux et les urbains, la seule différence venant des médecins «péri-urbains» qui ont moins de

satisfaction que leurs collègues, avec un score d'accomplissement personnel qui tend à être plus bas que celui des médecins exerçant en milieu urbain ou en milieu rural.

FIVAZ et LE LAIDIER (réf. biblio. n° 2) ont étudié une semaine d'activité des médecins généralistes à partir d'ERASME, système d'information de la sécurité sociale qui permet de suivre quotidiennement les décomptes du régime général. Cette enquête a permis de connaître l'activité des médecins généralistes libéraux sur une semaine (du 11 au 19 mars 2000), de définir des indices d'activité et de repérer des zones géographiques en fonction de leur production d'actes. Ce système comptabilise donc le nombre d'actes payants réalisés par un médecin généraliste, sans tenir compte de la répartition de la charge de travail dans l'emploi du temps du praticien. Cette enquête a montré que le généraliste de campagne avait un indice d'activité plus important que son confrère des villes ; alors que le généraliste urbain subissait la concurrence de ses confrères, des spécialistes ou/et des hôpitaux, le généraliste rural était pratiquement seul. Cette enquête a également montré que plus la taille de la commune augmentait, plus l'indice d'activité du médecin diminuait, avec pour conséquence une activité beaucoup plus importante pour les praticiens installés en milieu rural que ceux installés en ville.

Notre enquête n'a pas montré de différence significative de qualité de vie en fonction du milieu d'exercice, que ce soit sur les scores du profil de santé de DUKE ou sur le score d'EVA. Ce résultat confirme les conclusions de l'étude menée sur le Burn'Out des médecins libéraux de Bourgogne. Cependant, comme l'ont montré FIVAZ et LE LAIDIER , nous avons constaté une différence de charge de travail en fonction du milieu d'exercice. Cette différence intervient sur le nombre de visites hebdomadaires, le nombre d'heures travaillées hebdomadaires et le nombre de gardes mensuelles. En ce qui concerne le nombre de consultations hebdomadaires, notre enquête n'a pas montré de différence significative entre les médecins ruraux et les médecins urbains. Les généralistes ruraux de notre échantillon travaillent 6,3 heures de plus en moyenne que leurs collègues urbains (59,3h/sem. contre 53h/sem.), réalisent environ 1,5 fois plus de visites (34,6V/sem. contre 23,6V/sem.) et assurent environ 4 fois plus de gardes (4,41G/mois contre 1,05G/mois).

Bien qu'il existe une différence de charge de travail en fonction du milieu et que nous avons démontré qu'il existait un impact de cette charge de travail sur la qualité de vie, nous n'avons cependant pas montré de différence de qualité de vie en fonction du milieu. Le fait que nous n'ayons pas retrouvé de différence de qualité de vie en fonction du milieu d'exercice ne nous permet pas de dire de façon formelle qu'il n'en existe pas, notre étude ayant été réalisée sur un petit échantillon de praticiens. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les avantages compensent de manière égale les inconvénients dans chaque groupe. D'autre part, chaque médecin a le libre choix de son lieu d'installation, et pèse mûrement chaque élément de sa future situation avant de déterminer son milieu d'exercice. Par exemple, un jeune diplômé s'installant à la campagne s'attendra à faire de nombreuses visites et plus de gardes que son confrère installé en ville, avec en contre partie l'assurance d'une installation plus facile du fait de la faible densité médicale en milieu rural, et donc d'une plus faible concurrence. Chaque praticien a la possibilité de s'installer dans le milieu qui lui apporte le plus d'avantages. Ce libre choix permet peut-être de lisser les différences de qualité de vie. Par ailleurs, ce qui grèvent le plus les conditions de travail des médecins généralistes sont la gestion comptable et fiscale du cabinet ainsi que la charge de travail trop lourde et l'excès de responsabilités, qui sont indépendantes du milieu d'exercice.

Finalement, chaque médecin au moment de s'installer pourra choisir la pratique médicale qui lui convient le mieux (médecine générale isolée en milieu rural ou facilité d'accès à un avis spécialisé en milieu urbain), mais en aucun cas ne pourra se soustraire à la charge de travail importante et aux tâches administratives imposées par la profession.

Nous pouvons expliquer la charge de travail plus importante des médecins ruraux en terme de visites, gardes et heures de travail, par le fait qu'en milieu rural la densité médicale est plus faible qu'en ville, que les distances à parcourir lors des visites sont plus grandes et qu'ils ont également plus souvent à prendre en charge des patients plus âgés qui se déplacent moins. De plus l'accès moins facile à un avis spécialisé ou à un centre d'urgence ou de soins immédiats, peut imposer au médecin de campagne de prendre en charge des pathologies nécessitant des consultations plus longues (consultation d'arrêt du tabac, sutures, petite traumatologie...). La plus faible densité médicale impose également un plus grand nombre de gardes mensuelles, qui peuvent être difficiles à concilier avec une vie de famille.

En ce qui concerne l'appréciation des médecins quant à leur rémunération, nous avons pu montrer que ceux qui jugeaient leur rémunération justifiée avait un meilleur score d'EVA que ceux qui la jugeait insuffisante. Cependant, nous n'avons pas montré cette effet sur les scores du profil de santé de DUKE. Nous n'avons pas non plus mis en en évidence de différence significative du ressenti de la rémunération en fonction du milieu.

MENARD et GAUTIER (réf. biblio. n° 1) ont montré également que les indices de qualité de vie se retrouvaient significativement liés au revenu, les scores les moins bons se retrouvant parmi les revenus les plus faibles. La pénibilité du travail sur le plan nerveux et le stress étaient corrélés au niveau d'étude et au niveau de rémunération.

Avec l'appréciation par le médecin généraliste de sa rémunération en fonction de son activité professionnelle, nous abordons la notion de reconnaissance du professionnel par la société. Par rapport à leur niveau de compétences, leur charge de travail et leurs responsabilités, les médecins dans leur ensemble ne se sentent pas reconnus à leur juste valeur. C'est ce qui a été à l'origine du mouvement de grève des médecins généralistes de l'automne 2001.

3. Comparaison de la qualité de vie en fonction du sexe

Selon l'enquête réalisées par SUNDQUIST et JOHANSSON (réf. biblio. n° 3) auprès de 1004 médecins généralistes suédois en 2000, le tiers des médecins femmes avaient un score de santé général altéré contre un cinquième pour les hommes. Les femmes présentaient un score de vitalité réduit, ainsi qu'un score social et de santé mental moins bon que celui de leurs collègues masculins. Les hommes avaient une qualité de vie altérée s'ils travaillaient à temps partiel, alors que les femmes dans cette condition, s'investissaient plus dans leur vie de famille, et ne présentaient pas cette relation entre travail à temps partiel et réduction de qualité

de vie. Une étude américaine[4] de 1992 évaluant les causes de stress des médecins montrait que les médecins femmes étaient plus affectées par le poids des responsabilités et le travail à la maison, alors que les hommes étaient plus affectés par le contact avec les patients, le risque d'erreur médicale et l'incapacité à guérir certains patients.

Selon MENARD et GAUTIER (réf. biblio. n° 1), quel que soit l'indice, les hommes de la population générale présentent une meilleure qualité de vie que les femmes.

FIVAZ et LE LAIDIER (réf. biblio. n° 2) dans leur étude d'une semaine de l'activité des médecins généralistes ont montré que les médecins femmes voyaient moins de patients que les hommes et travaillaient moins de jours.

Contrairement à ces études, notre enquête n'a pas montré de différence significative de qualité de vie en fonction du sexe. Cependant, il existait une répartition géographique différente en fonction du sexe, les femmes s'installant préférentiellement en ville. Nous avons également montré une différence de charge de travail, en ce qui concerne les visites, le nombre d'heures de travail et les gardes. Les médecins femmes réalisaient en moyenne 11,7 visites par semaine contre 27,111 pour les hommes. De même, elles travaillaient en moyenne 48,111 heures par semaine en dehors des gardes contre 57,333 pour les hommes, et assuraient 1,2105 gardes par mois en moyenne contre 2,7381 pour les hommes. Néanmoins, nous n'avons pas mis en évidence de différence en ce qui concerne le nombre de consultations par semaine. Le profil de charge de travail des femmes médecins est calqué sur le profil de charge de travail des médecins urbains, ce qui corrobore la répartition des sexes que nous avons observée en fonction du milieu d'exercice. Par ailleurs, les médecins considèrent que leur profession empiète sur leur vie de famille, quel que soit leur sexe, les femmes mettant plus en avant le poids des responsabilités que leurs collègues masculins.

[4] GROSS. Gender differences in physicians stress. J Am Med Women Assoc, 1992;47;107-12.

Ne pas retrouver de différence de qualité de vie en fonction du sexe peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. D'autre part, lors du retour des questionnaires de notre enquête, de nombreuses femmes médecins nous ont fait part de la place trop importante que prenait leur profession au détriment de leur vie de famille et notamment de leur rôle de mère.

Effectivement, l'amplitude horaire journalière et le nombre de jours travaillés par semaine s'accommodent difficilement avec le rythme scolaire de leurs enfants. Selon les remarques collectées lors de l'enquête, les hommes, quant à eux, semblent préoccuper en priorité par leurs conditions de travail, mais regrettent tout de même l'empiètement trop important de leur métier sur leur vie de famille. La répartition des sexes en fonction du milieu d'exercice que nous avons mis en évidence peut s'expliquer par le fait que les femmes recherchent un emploi du temps plus léger afin de pouvoir assumer leurs obligations familiales.

De plus, cette répartition pourrait avoir une autre explication : les femmes médecins peuvent également s'installer en ville afin de concilier leur vie professionnelle avec celle de leur conjoint. A l'inverse, il semble plus fréquent pour une femme de médecin de s'occuper uniquement du cabinet de son mari (secrétariat, comptabilité...), avec comme corollaire une plus grande facilité d'installation en milieu rural, où les débouchés professionnels restent limités pour le conjoint. Alors que les médecins dans leur ensemble considèrent que leur profession prend une place trop importante dans leur vie, il semble que les femmes médecins mettent plus en avant leur vie de famille que les hommes, et adaptent plus facilement leurs conditions de travail (temps partiel par exemple) que les hommes afin d'assumer leurs obligations familiales.

4. Corrélation entre scores du profil de santé de DUKE et score d'EVA

L'un des objectifs secondaires de notre étude était de savoir s'il existait une corrélation entre le score d'EVA et les scores du profil de santé de DUKE. Effectivement, nous avons montré qu'il existait une forte corrélation entre ces scores avec un coefficient de corrélation positif compris entre 0,22 et 0,54.

Le profil de santé de DUKE est un auto-questionnaire générique de qualité de vie, validé pour la population générale. Comportant 17 items, il permet d'évaluer rapidement (en quelques minutes) la qualité de vie de la personne interrogée, et de pouvoir comparer les scores entre différents groupes. L'un des avantages du profil de santé de DUKE comparé à d'autres questionnaires génériques (SF36, ISPN par exemple) était sa brièveté, permettant un remplissage rapide, afin d'améliorer le taux de réponse de l'enquête. Cependant, la qualité de vie reste un phénomène multidimensionnel dépendant de nombreux paramètres qui ne peuvent pas tous être explorés par le questionnaire de DUKE (habitat, reconnaissance...). C'est pourquoi, une échelle visuelle analogique mesurant la qualité de vie nous semble donner une vision, certes plus approximative, mais plus globale de la qualité de vie du sujet étudié. Bien entendu, le score d'EVA ne représente qu'une mesure instantanée qui pour un même individu peut fluctuer dans une journée, mais pour une étude nécessitant une évaluation rapide de qualité de vie, il pourrait être intéressant d'utiliser un tel outil, à condition qu'il ait été validé sur une population suffisamment importante.

5. Amélioration des conditions de travail

Lors de cette enquête, nombreux ont été les médecins à nous faire part des difficultés propres à l'exercice de la médecine libérale, et à proposer des solutions pour y remédier.

La tâche qui altère le plus les conditions de travail des médecins généralistes est l'excès de charges administratives. C'est ce qu'ont massivement répondu les praticiens interrogés (70%), certains parlant même de «harcèlement administratif». En effet, comme nous l'avons déjà vu, la gestion administrative du cabinet reste une obligation pour laquelle le médecin n'a pas été formé, pour laquelle il n'a pas de temps et dont il ne retire aucun bénéfice financier. Déroger à cette obligation expose le médecin généraliste à la faillite de son entreprise. La simplification des tâches administratives apparaît alors, aujourd'hui, comme une préoccupation de premier ordre dans le monde de la médecine libérale, et ce quel que soit le milieu ou le mode d'exercice pratiqué.

La réduction du temps de travail a également été citée par 56,7% des médecins généralistes de notre échantillon. Comme l'a montré notre enquête, une réduction du temps de travail améliore la qualité de vie des médecins, laissant une part plus grande aux activités d'ordre privé.

Cependant, réduire le temps de travail n'est pas la seule mesure à intervenir dans les conditions de travail, l'organisation des consultations, des visites et des gardes demeure une priorité. Si la prise de rendez-vous n'était pas une pratique courante il y a quelques années, les médecins l'ont depuis largement adoptée devant le bénéfice qu'elle apporte en terme de rentabilité du temps de travail, limitant les temps morts ou l'engorgement du cabinet.

D'autre part, la limitation du nombre de visites semble être une décision pouvant favoriser la rationalisation du travail du médecin, qui ne perd plus son temps en déplacements, d'autant plus qu'au cabinet, il garde l'accès à l'ensemble de son équipement (petit matériel, dossiers, outil informatique...).

Un autre aspect de la fonction de médecin réside dans la continuité des soins et l'établissement du système de gardes. L'amélioration de ce système, passant entre autre par une coopération accrue avec le SAMU, semble une mesure intéressante pour soulager la charge de travail des médecins libéraux, notamment ruraux, qui peuvent avoir des distances considérables à parcourir de jour comme de nuit. La régulation des appels par le standard du SAMU (ou un standard créé à cet effet) permettrait une meilleure gestion de la demande de soins en période de garde.

Avec la notion d'urgence, nous touchons aux limites de la planification de l'emploi du temps du médecin. Cependant, aidé d'un secrétariat capable de juger le degré de gravité d'une situation, le médecin pourrait être épargné de nombreux appels interrompant ses consultations. Malheureusement, les remarques que nous ont fait parvenir les médecins au travers de cette étude montrent que d'une part l'emploi de personnel au cabinet grève de façon

importante leur chiffre d'affaire, et d'autre part, la formation de ce personnel demeure un surcroît de travail, pas toujours compensé par le bénéfice qu'en retire le praticien.

L'amplitude horaire de travail sur une journée représente une contrainte importante de la profession, car il est difficile de mener une vie familiale quand on est absent plus de 12 heures par jour. Au travers de cette étude, de nombreuses femmes médecins, mais aussi des hommes, nous ont fait part de leurs difficultés à assumer leur rôle de parents avec des horaires incompatibles avec les rythmes scolaires. A l'amplitude de travail journalière, s'ajoute l'amplitude de travail hebdomadaire importante, beaucoup de généralistes étant présents au cabinet 6 jours sur 7. Cette très grande disponibilité est tout à l'honneur de la profession, mais au détriment de la qualité des conditions de travail. Les temps de repos sont indéniablement écourtés, aboutissant à terme à un Burn'Out. La solution consisterait à réduire l'amplitude horaire journalière et hebdomadaire, soit en assurant un nombre suffisant de week-ends libres tout au long de l'année, soit en fractionnant la semaine avec un jour de repos fixe.

De plus, la réorganisation de la formation médicale continue a été évoquée par quelques médecins, qui proposaient des journées d'enseignement à la place des soirées ou des week-ends, avec une compensation financière, à hauteur de la perte de bénéfice liée aux actes non réalisés. Cependant, un tel changement nécessiterait une réelle volonté politique et des fonds dont il faudrait encore déterminer la provenance.

Par ailleurs, la notion de reconnaissance est souvent apparue dans les réponses aux questionnaires, que ce soit en terme social ou financier. La pression de la part des patients semble s'être accentuée au fil du temps, avec une exigence toujours accrue, des motifs d'appel parfois injustifiés et la consommation de l'acte médical sans raison. Le sentiment d'être devenu des prestataires de service sans reconnaissance sociale s'étend progressivement dans la profession, alors que les médecins passent de plus en plus de temps à se former, que ce soit en formation initiale ou continue. La majorité d'entre eux réclament une meilleure reconnaissance sociale, qui ne saurait se réaliser autrement que par l'éducation du patient. D'autre part, une meilleure reconnaissance financière, passant par une revalorisation de l'acte, permettrait aux médecins d'assurer des consultations plus longues et de réaliser un véritable

travail de prévention. L'allongement des consultations devrait avoir pour effet un ralentissement de la cadence (moins de diagnostics à poser par journée travaillée), limitant ainsi le risque de Burn'Out.

En outre, la difficulté des médecins généralistes à prendre des vacances réside essentiellement dans la difficulté à trouver un remplaçant, obligation morale du médecin, mais aussi condition primordiale pour assurer la continuité des soins et la fidélisation des patients au cabinet. Il semble que les médecins travaillant en association puissent s'absenter plus facilement, par un système de remplacement mutuel. Une autre solution consisterait en l'établissement de «maison de santé» pluridisciplinaires avec de multiples intervenants, assurant la continuité des soins. Cette mesure nécessiterait, elle aussi, une véritable volonté politique.

L'informatisation du cabinet médical a été une avancée majeure de cette dernière décennie. Cependant, certains médecins de notre échantillon regrettent de ne pas y avoir été formés et déplorent actuellement que le bénéfice de cet outil soit minoré par la difficulté d'utilisation. Néanmoins, les nouvelles générations de médecins y seront, quant à elles, familiarisées et pourront en tirer un réel gain de temps et d'efficacité. L'amélioration du système informatique de santé pourrait également passer par une standardisation du matériel (réseau, logiciel...), afin de faciliter la transmission de l'information entre professionnels.

Finalement, l'amélioration de la qualité de vie semble directement liée à l'amélioration des conditions de travail. Au travers de cette enquête, nous avons voulu lister différentes mesures, telles que simplification des tâches administratives, limitation des déplacements, diminution des amplitudes horaires, création de maisons médicales... susceptibles d'améliorer les conditions de travail des médecins généralistes.

Conclusion

Conclusion

Nous avons évalué la qualité de vie de médecins généralistes lorrains, tirés au sort dans l'agglomération nancéenne et dans des cantons ruraux de la Meuse et des Vosges, en utilisant simultanément le profil de santé de DUKE et un avenant à ce questionnaire, servant à déterminer les conditions d'exercice spécifiques à la médecine libérale et à chaque praticien. Cette enquête avait pour but d'évaluer l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie des médecins, et de comparer la qualité de vie des praticiens en fonction de leur milieu d'exercice.

D'une part, nous avons pu montrer qu'il existait un impact de la charge de travail des médecins généralistes sur leur vie de famille et leur qualité de vie. Globalement, plus le nombre d'heures travaillées par semaine augmentait, moins bonne était la qualité de vie perçue par le professionnel.

D'autre part, nous n'avons pas retrouvé de différence de qualité de vie entre les médecins ruraux et les médecins urbains, ce qui laisserait à penser qu'il n'en existe pas. De même, les hommes et les femmes de notre étude ne présentaient pas de différence de qualité de vie.

Par ailleurs, la forte corrélation existant entre les scores du profil de santé de DUKE et le score d'EVA, permet d'envisager l'échelle visuelle analogique comme un outil valable dans la mesure de la qualité de vie, sous réserve de la valider auprès d'un échantillon suffisamment important.

Finalement, cette étude nous aura fait envisager les mesures pouvant amener une amélioration des conditions de travail des médecins généralistes. Si certaines de ces mesures ne dépendent que des décisions prises par le médecin, passant souvent par une réduction de son chiffre d'affaire (secrétariat, journées non travaillées...), d'autres, au contraire, ne pourront s'accomplir que par la mise en place d'une véritable volonté politique à soutenir une profession d'intérêt publique.

Bibliographie

Bibliographie

Références appelées dans le texte

1 ARWIDSON P., BAJOS N., BAUDIER F. et al
Baromètre de la santé 2000. Résultats (volume 2)
Vanves : Edition CFES, 2001.-473 pages

2 FIVAZ C., LE LAIDIER S
Point Stat n° 33
Paris : Division Imprimerie Arts Graphiques de la CNAMTS, 2001.-8 pages

3 SUNDQUIST J., JOHANSSON SE.
High demand, low control and impaired general health : working conditions in a sample of Swedish general practitioners
Scand J Public Health, 2000, 28, pages 123 à 131

4 TRUCHOT D.
Le Burn'Out des médecins libéraux de Bourgogne
URML de Bourgogne, 2002.-48 pages

Références non appelées dans le texte

5 ALLEMAND H., ARENES J., ARWIDSON P. et al
Baromètre de la santé 95/96
Vanves : CFES, 1994.-288 pages

6 ARWIDSON P., BAJOS N., BAUDIER F. et al
Baromètre santé 2000. Méthode (volume 1)
Vanves : Edition CFES, 2001.-142 pages.-pages 62 à 63

7 BAILLY A.
La géographie du bien-être
Paris : Presses universitaires de France, 1981.-263 pages

8 BAUMANN F., MONGIS P.
Réussir sa formation médicale continue
Paris : Masson, 2000.-88 pages.-collection exercer au quotidien

9 BERGOGNE A.
Médecins au bord de l'épuisement
Concours médical, 2002, vol 124 (b), pages 672 à 673

10 BOISARD P., COHEN D., ELBAUM M. et al
Le travail, quel avenir ?
Saint-Amand : Gallimard, 1997.-345 pages

11 CHEVALIER F.
De l'intention à l'action en santé communautaire du médecin de famille en milieu rural
Mém : Méd. : Bordeaux II : 1992

12 CNAMTS-DEPARTEMENT STATISTIQUES
Le secteur libéral des professions de santé au 31 décembre 1997
Paris : CNAMTS, 1997.-174 pages

13 COURTIAL B.
Institution et visites à domicile. Réflexions à propos d'une pratique
Th : Méd. : Nancy I : 1985 ; 111

14 DELFORGE I., DELL'OSTE BOLETTO
Bonjour Docteur ou Salut Doc… ! A propos du discours et de l'interaction médecin-patient dans le cadre de la consultation médicale.-93 pages
Mém : Ort. : Paris 6, Pitié Salpétrière : 1993 ; 16

15 DENIS G., GILLET P., GOLDSTEIN M. et al
La création du cabinet
Vélizy : Doin, 1997.-172 pages

16 DUC-KERN C.
L'exercice de la médecine générale dans une maison médicale vosgienne à caractère pluriprofessionnel
Th : Méd. : Nancy I : 1999 ; 80

17 DUPREZ A.
La médecine du XXIème siècle sera-t-elle humaine ?
Paris : Editions médicales internationales, 1988.-127 pages

18 ETTIGHOFFER D.
Le syndrome de chronos : du mal travailler au mal vivre
Paris : Dunod, 1998.-283 pages

19 FLORY A., VERDIER C., LEVERVE X.
Informatique et Internet chez le médecin
Vélizy : Doin, 1998.-218 pages

20 GASTON-CARRERE, GILLET P.
La comptabilité et la fiscalité du cabinet
Vélizy : Doin, 1997.-187 pages

21 GIGOUT-LETONDAL F.
Evaluation de la qualité de vie du sujet obèse par le profil de santé DUKE
Th : Méd. : Nancy I : 1999 ; 126

22 GIRARD B.
Réussir les trente cinq heures : comment réduire le temps de travail des cadres ?
Paris : Maxima, 1999.-415 pages

23 GOLDCHER A., SZEJWACH M.
Informatiser son exercice médical
Paris : Masson, 1999.-160 pages.-collection exercer au quotidien

24 GOLLAC M.
Les conditions de travail
Paris : Editions la découverte, 2000.-121 pages

25 GOUAZE A.
Demain la médecine
Paris : Expansion scientifique française, 1996.-286 pages

26 GRAVIER O.
L'installation du jeune médecin généraliste en milieu libéral
Th : Méd. : Nancy I : 1988 ; 207

27 GRENIER B.
Mesurer l'incommensurable ? La mesure de la qualité de vie
Revue de médecine interne (Paris), 1995, vol 16 (5), pages 311 à 313

28 GUILLEMIN F., PAUL-DAUPHIN A., VIRION JM. et al
Profil de santé DUKE : adaptation culturelle et validation d'une mesure de qualité de vie générique
Rev. Epidém. Et. santé pub. 1995 ; 43 (supp.1) : 19

29 http://www.lemonde.fr
archives

30 JASMIN C., LEVY JA, BEZ G.
Cancer, sida...la qualité de vie
Le Plessis-Robinson : Synthélabo, 1996.-284 pages

31 LABORATOIRE WYETH-France
Le guide de la première installation
Paris : Lab.Wyeth-France, 1988.-139 pages

32 LAZORTHE G.
L'homme, la médecine et le médecin
Paris : Flammarion, 1996.-296 pages

33 LEBEL B.
L'installation du cabinet médical en médecine libérale
Th : Méd. : Nancy : 1997 ; 110

34 LEPLEGE A.
Qualité de vie
In : Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale
Paris : Presses universitaires de France, 1996.-des pages 1237 à 1241

35 LEPLEGE A., COSTE J.
Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications
Paris : Edition Estem, 2002.-333 pages

36 LEVY D., DANG HA DOAN B.
L'informatisation des cabinets médicaux
Paris : John Libey Eurotext, 1997.- 82 pages

37 LOUBRY N.
Installation et déontologie
Concours médical, 1995, vol 117 (39), pages 3209 à 3212

38 LUTZ W.
Elaboration d'un questionnaire
Rennes : Ecole nationale de santé publique, 1986.-134 pages

39 MAC DOWELL I., NEWELL C.
Measuring health, a guide to rating scales and questionnaires
New York : Oxford university press, 1996.-523 pages

40 MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES
Recherche clinique et qualité de vie
Paris : Flammarion, 1996.-184 pages

41 RAPHAEL F.
Quelle FMC pour demain ?
Concours médical, 2000, vol 122 (15), page 1071

42 RENWICK R., BROWN I., NAGLER M.
Quality of life in health promotion and rehabilitation : conceptual approaches, issues and applications
Thousand Oaks : Sage Publications, 1996.-437 pages.-pages 51 à 88.-pages 327 à 356

43 RIPON A.
La qualité de la vie de travail
Paris : Presses universitaires de France, 1983.-268 pages

44 ROBIN J.
Gestion du cabinet médical (5ème édition)
Paris : Masson, 1997.-153 pages

45 ROGERIE G.
L'homme et son milieu, l'évolution du cadre de vie
Paris : Nathan, 2000.-288 pages

46 DE SIYNGLY F.
L'enquête et ses méthodes : le questionnaire
Paris : Nathan, 1992.-127 pages

47 TESTON-CHAMES JC.
Gestion sociale du cabinet médical 1992
Meylan : Stratégie et Gestion, 1992.-96 pages.-collection RANIPLUS

48 TURCHI P.
Réflexions sur l'exercice de la médecine générale en milieu rural
Th : Méd. : Nancy I : 1995 ; 183

49 VUAILLE J.
Gestion et fiscalité 2002 de votre cabinet
Levallois-Perret : Les Editions du Médecin Généraliste, 2002.-62 pages

Articles extraits du journal « Le Monde »

Le Monde

26 décembre 2001, page 5

Les médecins généralistes durcissent leur grève des gardes pendant les fêtes

En Lorraine, des cabinets fermés pour cause d'Il activité insoutenable "

BAUX MONIQUE

NANCY de notre correspondante

" A la suite du départ d'un de mes confrères, je suis confrontée à une activité médicale insoutenable. Je ne peux continuer ainsi sans risquer la vie de mes patients. C'est la raison pour laquelle je suis contrainte à cesser mon activité médicale à compter du 11 décembre... " Depuis cette date, la doctoresse de Cirey-sur-Vezouze, une bourgade de 1 700 habitants aux confins sud de la Meurthe-et-Moselle, est en arrêt, épuisée, stressée. Ce message, elle l'a laissé sur son répondeur, à destination de ses patients, désemparés. Avec près de quarante à soixante actes par jour, les gardes de nuit et les permanences un dimanche sur deux, ce régime a fini par avoir raison de sa résistance nerveuse. Le seul qui tienne encore le coup, c'est le docteur Jean-Louis Seyer, qui se demande quand il va craquer à son tour. " On parle partout des 35 heures; moi je suis à 90, voire à 120 heures par semaine. C'est dangereux. Quand on est trop fatigué, on n'est plus efficace. "

Il y a quelques mois, il y avait trois généralistes dans ce canton enclavé dont la situation illustre la crise de la médecine rurale. Le plus ancien, un médecin de cinquante-trois ans, avait obtenu du conseil départemental de l'ordre des médecins d'être exempté des gardes. Une mesure que le conseil n'a pas souhaité renouveler en novembre, " afin de préserver ses deux collègues ", souligne la présidente, Mme Gaucher. Le médecin a pris une décision radicale, il a décroché sa plaque. Dès lors, les deux généralistes en poste ont commencé à vivre à un rythme très soutenu.

" FAIBLE ATTRACTIVITÉ "

Le canton est vaste, les déplacements sont longs, et la population vieillissante fait souvent appel au docteur. Depuis cette semaine, c'est la crise aiguë. A tel point que " les loups " - c'est ainsi qu'on appelle les habitants de Cirey, en référence aux temps reculés où les loups rôdaient dans les forêts profondes qui cernent le village - sont descendus dans la rue. Le maire, Jean-Marie Hostert, était à leur tête. " Personne ne peut rien faire pour nous. Le conseil de l'ordre dit qu'en médecine libérale on ne peut pas contraindre les gens à venir s'installer, et la préfecture dit la même chose. " La préfecture, elle, reconnaît " la faible attractivité de la Lorraine pour les médecins libéraux, notamment en zone rurale ". Quant à la Ddass, elle préconise de recourir aux médecins libéraux des cantons voisins. En cas d'urgence, il reste le 15. Toutefois, " les loups " ont le sentiment d'être abandonnés et sont inquiets, même s'ils reconnaissent à leurs médecins le droit d'être fatigués ou malades.

Ces derniers jours, l'ordre a placardé des affichettes pour recruter un médecin. Mais la présidente ne se fait guère d'illusions. " La médecine rurale, c'est de la médecine générale dans toute sa splendeur. Mais les jeunes sont peu enclins à s'engager dans cette voie exigeante. Ils réclament de la qualité de vie. " La commune, pour sa part, offre un logement gratuit à celui qui viendra soigner ses habitants. En attendant qu'un praticien choisisse de venir exercer dans cette contrée un peu rude mais belle, un médecin-assistant viendra épauler le docteur Seyer jusqu'à Noël.

Le Monde

7 janvier 2002, page 7

Les médecins de famille reprennent la grève et expriment leur lassitude
Les généralistes cesseront à nouveau leur activité, ce week-end, afin d'obtenir une revalorisation de leurs honoraires. Certains ont décidé d'augmenter unilatéralement le prix de la consultation de 14 et celui de la visite de 46 %. Cette hausse non remboursée sera prise en charge par le patient, s'il l'accepte

GARCIA ALEXANDRE

SANTÉ Les médecins généralistes ont repris, depuis vendredi et jusqu'à lundi 7 janvier, leur grève afin d'obtenir une augmentation des tarifs des consultations et des visites à domicile. Les négociations avec la Caisse nationale d'assurance-maladie devraient reprendre la semaine prochaine. DANS PLUSIEURS DÉPARTEMENTS, notamment en Corse, les médecins ont décidé unilatéralement de faire passer le prix de la consultation de 17,53 à 20 euros. La différence, prise en charge par le patient, ne sera pas remboursée par la Sécurité sociale. LES GÉNÉRALISTES disposaient, en moyenne, d'un revenu de 51 000 euros en 1998. POUR MARTINE BUNGENER, directrice du centre de recherche Médecine, sciences, santé et société, la médecine générale, née dans les années 1950, " est vite apparue comme une discipline en creux, une spécialité par défaut ". REPORTAGE Certes, ces professionnels gagnent bien leur vie, " mais pour combien d'heures de travail ? "

LE PATIENT se rhabille, quelques minutes après avoir enlevé sa chemise. La visite à domicile n'a pas duré plus d'un quart d'heure. La nouveauté, c'est son prix, qui a augmenté de 46 % depuis le début de l'année. " Vous savez, on est passé à 30 euros, de colère ", se justifie Patrick Constantin, médecin généraliste dans une petite ville au nord de Tours (Indre-et-Loire), qui facturait depuis huit ans ses déplacements à 135 francs (20,58 euros). " Si on restait au même tarif, on n'avait plus qu'à mettre la clé sous la porte. " Dans la modeste salle de séjour, le retraité de La Poste accuse le coup. " Je paye déjà 46 euros de mutuelle par mois, sans compter les médicaments qui ne sont plus remboursables... ", soupire-t-il.

Cette augmentation sauvage des honoraires, M. Constantin, ainsi que ses deux assistants, les docteurs Serramoune et Rafin, l'ont mise en pratique dès le 2 janvier, pour protester contre la facturation " notoirement insuffisante " de leurs actes médicaux. La plupart de leurs patients, assurent les trois médecins de famille, ont parfaitement compris les raisons de cette hausse brutale, ainsi que la " colère " des milliers de généralistes ruraux qui, comme eux, refusent depuis plus d'un mois d'assurer les gardes de nuit, le week-end ou les jours fériés, pour obtenir du gouvernement une revalorisation de leurs honoraires.

" On est révoltés, résume Christian Rafin. On éprouve un sentiment d'injustice terrible quand on voit que la consultation médicale est indexée sur le prix d'une coupe de cheveux. " Quant aux visites à domicile, elles ne coûtent que 3 euros de plus aux patients, " alors que les plombiers ne se déplacent jamais à moins de 45 euros ".

HORAIRES INFERNAUX

Certes, les trois professionnels gagnent encore confortablement leur vie. Tous déclarent plus de 45 700 euros de revenus net par an. " Mais pour combien d'heures de travail ? ", s'indignent-ils. " On bosse comme des fous, au minimum douze heures par jour ", raconte M. Constantin, qui affirme ne jamais dîner avant 23 heures et se lever à 6 heures " pour finir la paperasserie de la veille ". A l'époque de la réduction du temps de travail, il n'est pas rare, selon lui, d'enchaîner les semaines de 60 ou 70 heures. Alors, forcément, " ramené aux 35 heures, le salaire n'est pas mirobolant, 18 000 francs tout au plus, après huit ans d'études et avec d'énormes responsabilités ", calcule Denis Serramoune.

Tous l'affirment, les bonnes années de la médecine libérale sont passées depuis longtemps. La preuve, selon lui, c'est qu'avec sa Mercedes break achetée d'occasion, son voilier de 10 mètres et sa part du cabinet médical, le patrimoine du docteur Constantin ne dépasse guère, à cinquante-quatre ans, 152 000 euros...

Alors, même s'ils n'en sont " pas fiers ", tous poursuivent cette grève des gardes " contre nature " pour montrer à quel point ils sont " exaspérés et usés ". Les consultations à la chaîne, les cent quarante patients examinés par semaine, les horaires infernaux, ce ne sont pas eux qui les ont choisis, protestent les trois généralistes associés. C'est le prix trop bas des actes, les impôts et les charges " exorbitantes " de leur cabinet qui leur imposent ce rythme de travail. " Pour maintenir nos revenus, nous sommes obligés de faire beaucoup d'actes ", déplore Denis Serramoune, bien conscient que le résultat ne satisfait personne.

" On a une durée de consultation moyenne d'un quart d'heure maximum. Pour certaines pathologies, c'est amplement suffisant, mais pour la plupart des gens, notamment ceux qui souffrent de dépression, c'est beaucoup trop court. " Et quand la salle d'attente est pleine, il ne reste plus une seconde pour la médecine préventive, celle qui pourrait permettre de détecter le début d'un cancer ou d'un diabète...

La vie du médecin de campagne, Michel Courteaud la mène depuis bientôt trente ans, dans un charmant village du Vexin français, au nord des Yvelines. Lui aussi est " au bout du rouleau ". Entre la maison médicale qu'il a fondée, ses interventions à l'hôpital et ses cours à l'université, Michel Courteaud affirme travailler 90 heures par semaine pour un revenu net de 64 000 euros en 2000. Comment, poursuit-il, s'étonner que les jeunes ne veuillent plus s'installer à la campagne ? " On a trop de charges, on est sollicités en permanence, souvent pour une narine bouchée ou un certificat de complaisance ", soupire- t-il.

Le soir de Noël, c'est lui qui a dû amener la fille enceinte d'une cliente à l'hôpital, avec la peur qu'elle perde les eaux sur la banquette arrière de sa voiture. Parfois, c'est un voisin qui sonne à sa porte, pendant la nuit, pour une boîte de médicaments. " Notre façon de vivre fait peur aux jeunes médecins, qui ne veulent plus faire la passe à 100 balles et n'acceptent pas d'être dérangés le soir, la nuit, le week-end ", note le généraliste, qui affirme avoir du mal à trouver un remplaçant pendant ses sept semaines de vacances.

L'un d'eux, Antoine Perier, un jeune médecin de vingt-huit ans, hésite encore à s'installer à la campagne, partagé entre l'attrait des horaires stables de l'hôpital et celui d'une clientèle de proximité en milieu rural.

Lucide, le praticien ne se fait aucune illusion sur l'amélioration éventuelle des conditions de travail qu'apporterait une hausse des tarifs médicaux. " Quand on commence à avoir beaucoup de patients, c'est difficile de faire machine arrière, reconnaît-il. Parce qu'à la campagne il faut être plus proche des patients qu'à la ville. Si on n'est pas assez disponible, on perd sa clientèle. " Le problème, ajoute-t-il, tient donc moins au montant des honoraires qu'au nombre insuffisant de médecins ou à leur très mauvaise répartition sur le territoire.

" ÉDUQUER LES PATIENTS "

Avec l'augmentation de leurs honoraires, les généralistes espèrent, disent-ils, obtenir " le pouvoir économique de dire non ", celui " d'expliquer à un patient qu'il n'est pas malade et qu'il peut rentrer chez lui ", précise Denis Serramoune. " Faire payer plus cher, c'est le seul moyen d'éduquer les patients ", renchérit Michel Courteaud, excédé par " l'assistanat social généralisé mis en place par le gouvernement ". Cela permettrait surtout de " revaloriser l'acte médical ", estime Patrick Constantin, meurtri de voir qu'il est devenu un produit de grande consommation presque comme les autres. " Mon rêve, ce serait de ne soigner que des Portugais, confie-t-il. Ce sont les meilleurs patients qu'on puisse avoir, respectueux, confiants..., parce qu'ils savent ce que vaut la médecine au Portugal. "

Le Monde

24 janvier 2002, page 10

Santé : les enjeux de la première " journée sans toubibs "

Une profession minée par des relations tendues avec les malades

Une étude menée auprès de 400 médecins libéraux de Bourgogne analyse les raisons du malaise

BLANCHARD SANDRINE

LES MÉDECINS LIBÉRAUX sont-ils, professionnellement, mal dans leur peau ? Depuis deux mois, personne ne conteste que la longue grève des gardes des généralistes masque, derrière des revendications financières, un véritable malaise. Mais d'où vient cette crise identitaire ? Une étude, réalisée à la demande de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne par Didier Truchot, maître de conférence en psychologie sociale à l'université de Reims et chercheur spécialisé dans le stress professionnel, apporte un éclairage très instructif sur les raisons de cette crise.

" PARTICULIEREMENT USES "

En ces temps de conflit entre les médecins de famille et les pouvoirs publics, cette enquête tombe à point nommé. Pourtant il s'agit d'une simple coïncidence. Cette recherche a été menée pendant le second semestre 2001, avant que le conflit éclate. Près de 400 médecins bourguignons ont accepté de répondre à un questionnaire dont l'objectif était de mesurer leur burn'out (" s'user à force de travailler "). Apparu dans les années 1970, ce terme correspond à un " syndrome d'épuisement émotionnel (stress), de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel, qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui ".

Les résultats de l'étude sont édifiants. Bien que les médecins déclarent aimer leur travail - 41 d'entre eux déclarent un accomplissement personnel " élevé " -, beaucoup semblent " particulièrement usés ", et ce, quels que soient leur ancienneté et leur lieu d'exercice. " Les analyses statistiques montrent que 47,2 % d'entre eux ont la sensation d'être vidés nerveusement ", affirme M. Truchot. Leur épuisement émotionnel est " plus élevé " que celui d'autres professions que l'on dit victimes de stress comme, par exemple, les travailleurs sociaux, les sapeurs-pompiers ou les aides-soignantes.

Cette " usure " est-elle due à la charge de travail ? En moyenne, les médecins libéraux ayant participé à cette étude travaillent 5 jours et demi par semaine, 10 heures 30 par jour et effectuent quotidiennement 25 actes. Plutôt que du temps de travail, leur épuisement vient " des relations avec les patients ". A la question " décrivez en quelques mots la dernière situation professionnelle significative qui, pour vous, a été source de stress, de tension, de ras-le-bol ", 68,5 % des praticiens évoquent les liens avec leurs patients.

" AGRESSIVITE " DES PATIENTS

Les médecins dénoncent en premier lieu l'" agressivité " - le plus souvent verbale - des malades, qui peut être liée au refus d'accorder un arrêt de travail, à un traitement jugé inefficace, à la mort d'un proche, ou, plus banalement, à un long séjour en salle d'attente. Viennent ensuite les " demandes de visites non justifiées " et le " sentiment d'être harcelé " par des appels à 13 heures le samedi pour faire renouveler une ordonnance, ou la nuit parce qu'un enfant a une température de 37,9° de température. Les médecins semblent exaspérés par ces demandes en urgence qui concernent en fait des maux bénins. A cela s'ajoutent les " rendez-vous manqués " et le " manque de respect en général qui, analyse M. Truchot, " attisent l'impression d'être considéré comme un médecin "kleenex" ". Au total, seuls 17,3 % des libéraux ont le sentiment d'entretenir une " relation équitable " avec leurs patients et 55,3 % se sentent " sous-bénéficiaires " comme si " le contrat social implicite qui gouvernait cette relation était rompu ", explique le chercheur.

" Ces relations, vécues comme inéquitables, sont très démotivantes et renvoient à l'idée d'un métier dévalorisé ", ajoute M. Truchot, qui observe une " modification de l'identité professionnelle ". Alors que 7,9 % des médecins sont entrés dans le métier en déclarant accorder plus de valeur à leur vie privée qu'à leur vie professionnelle, ils sont aujourd'hui 41,7 % à faire le choix inverse. Pour M. Truchot, " il est probable que cette baisse de motivation et ce repli hors travail soient corrélatifs d'une désillusion dont font part les résultats de cette étude ". Face au conflit qui agite aujourd'hui la profession, il considère que les médecins, " ne trouvant plus suffisamment de bénéfices auprès de leurs patients, cherchent une compensation dans un meilleur salaire ". Mais une revalorisation financière " ne réglera pas les enjeux de cette profession. Il apparaît essentiel de repenser le lien médecin/patient ".

SANDRINE BLANCHARD

Le Monde

12 mars 2002, page 11

Les généralistes veulent relancer leur mouvement en s'appuyant sur le succès de leur manifestation - INSTANTANE

" Certains vont finir par quitter le métier "

BLANCHARD SANDRINE

Sur sa blouse blanche, en larges lettres rouges, Stanislas Potocki, 43 ans, a inscrit : " Médecin à bout ". Corne de brume à la main, il a fait le voyage jusqu'à Paris avec ses confrères de Bretagne pour manifester son " ras-le-bol " et pester contre " l'absence de discussion avec le gouvernement ". Généraliste conventionné depuis douze ans dans le Morbihan, il a choisi d'exercer à Vannes pour être " plus relax " et préserver sa " vie de famille " après avoir connu les servitudes de la médecine de campagne. " Il ne faut pas s'étonner de la désertification médicale dans le milieu rural. Le rythme de travail qui est mené dans ces secteurs ne peut mener qu'au divorce. "

Le docteur Potocki marche dans les rues de Paris et fulmine : " On est dans un système où il suffit qu'un seul syndicat, en l'occurrence MG-France, signe avec l'assurance maladie pour qu'un accord s'applique à tout le monde. C'est ainsi qu'on nous impose tout depuis dix ans. " Alors, il y a deux mois, il a décidé de se syndiquer à l'UNOF (Union nationale des omnipraticiens français) et assure que, dans son département, " les adhésions ont doublé depuis le début du mouvement. L'UNOF en a enregistré quatre-vingt-dix de plus alors que MG-France ne compte chez nous qu'une dizaine de médecins ". Depuis, il assiste à toutes les assemblées générales et constate que la profession s'est " fédérée ".

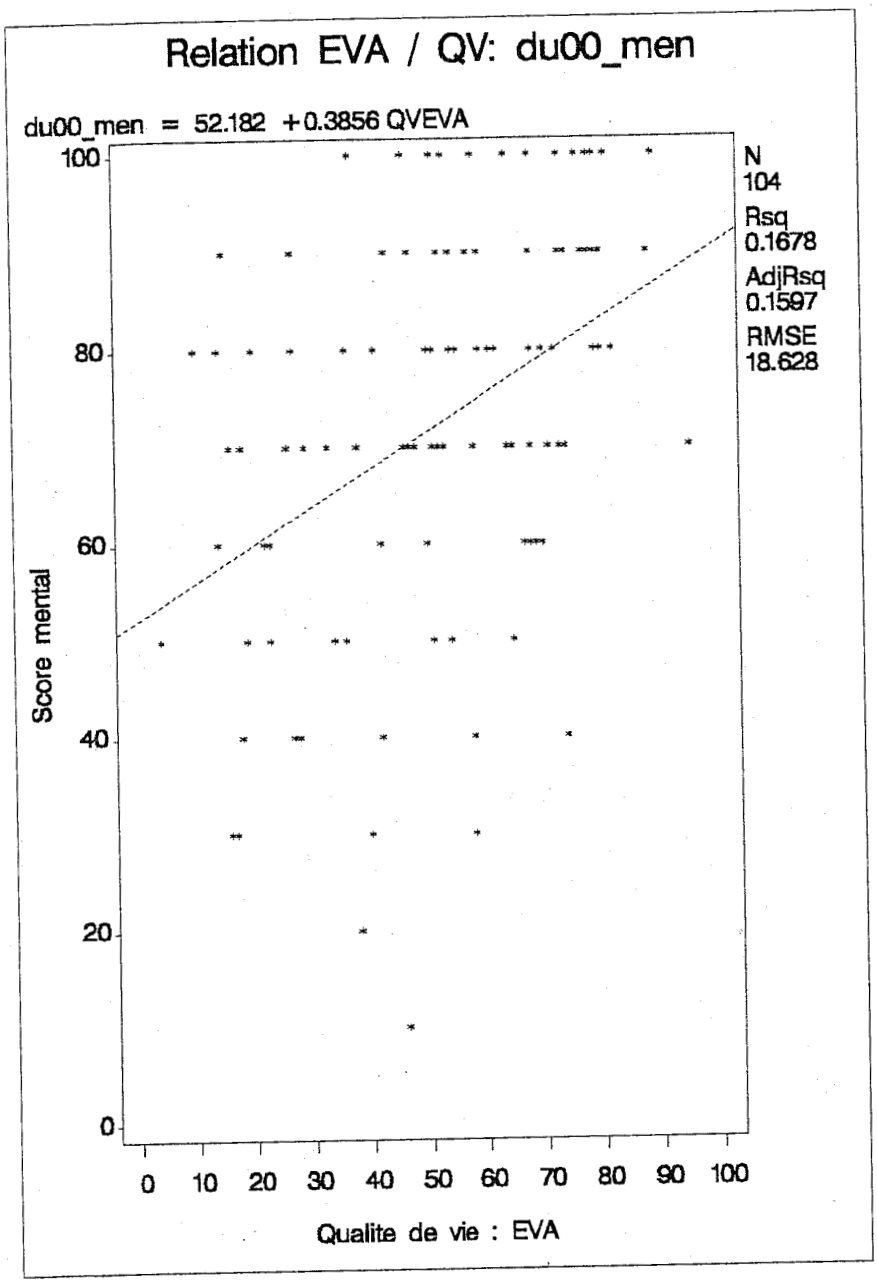
Comme tous les autres manifestants, il réclame la revalorisation de la consultation à 20 euros et la visite à 30 euros, dénonce sa charge de travail " à l'heure où la société passe aux 35 heures " et s'inquiète de la nouvelle organisation de la permanence des soins prévue par le gouvernement, le conseil de l'ordre et la caisse d'assurance-maladie. " Ils veulent réduire le nombre de secteurs de garde uniquement pour ne pas payer trop d'astreintes. On nous prend vraiment pour des gogols. " Surtout, ce médecin ne supporte pas les griefs adressés à sa profession - " On nous a dit qu'on ne savait pas utiliser les antibiotiques, les antidépresseurs, etc. " - et ne comprend pas que " l'on puisse limiter la progression des dépenses de santé à 3 %. Au moment où la population ne cesse de vieillir et où l'on multiplie les hospitalisations à domicile, ce calcul financier est un leurre. Il faut raisonner en qualité et en objectifs médicaux ", martèle-t-il.

Alors il manifeste mais il s'inquiète car il craint que le gouvernement soit tenté de " jouer le pourrissement " du mouvement. " Si jamais ils font cela, ils vont dégoûter les médecins et certains vont finir par quitter le métier car on ne peut pas le faire sans avoir la foi ", prédit-il

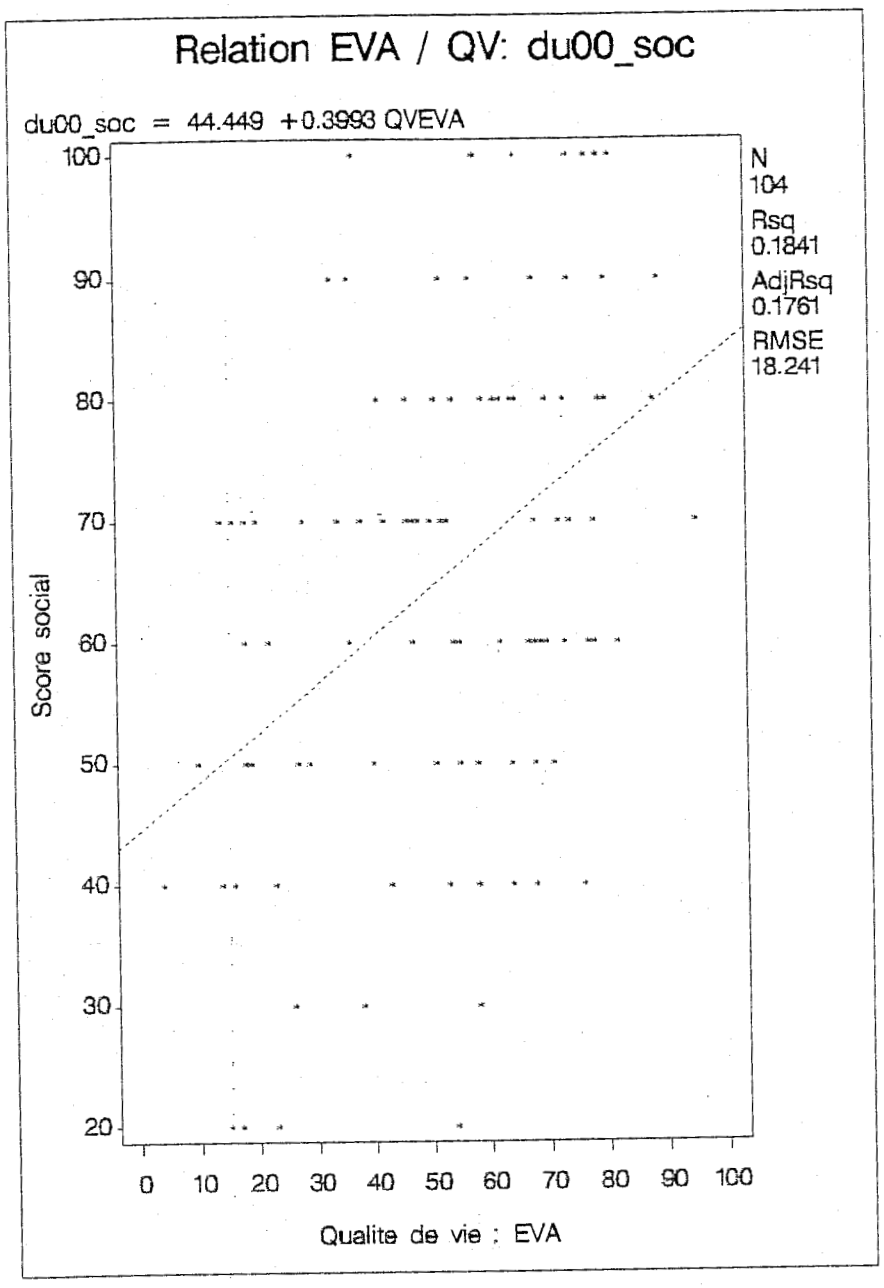
Annexes

Annexes

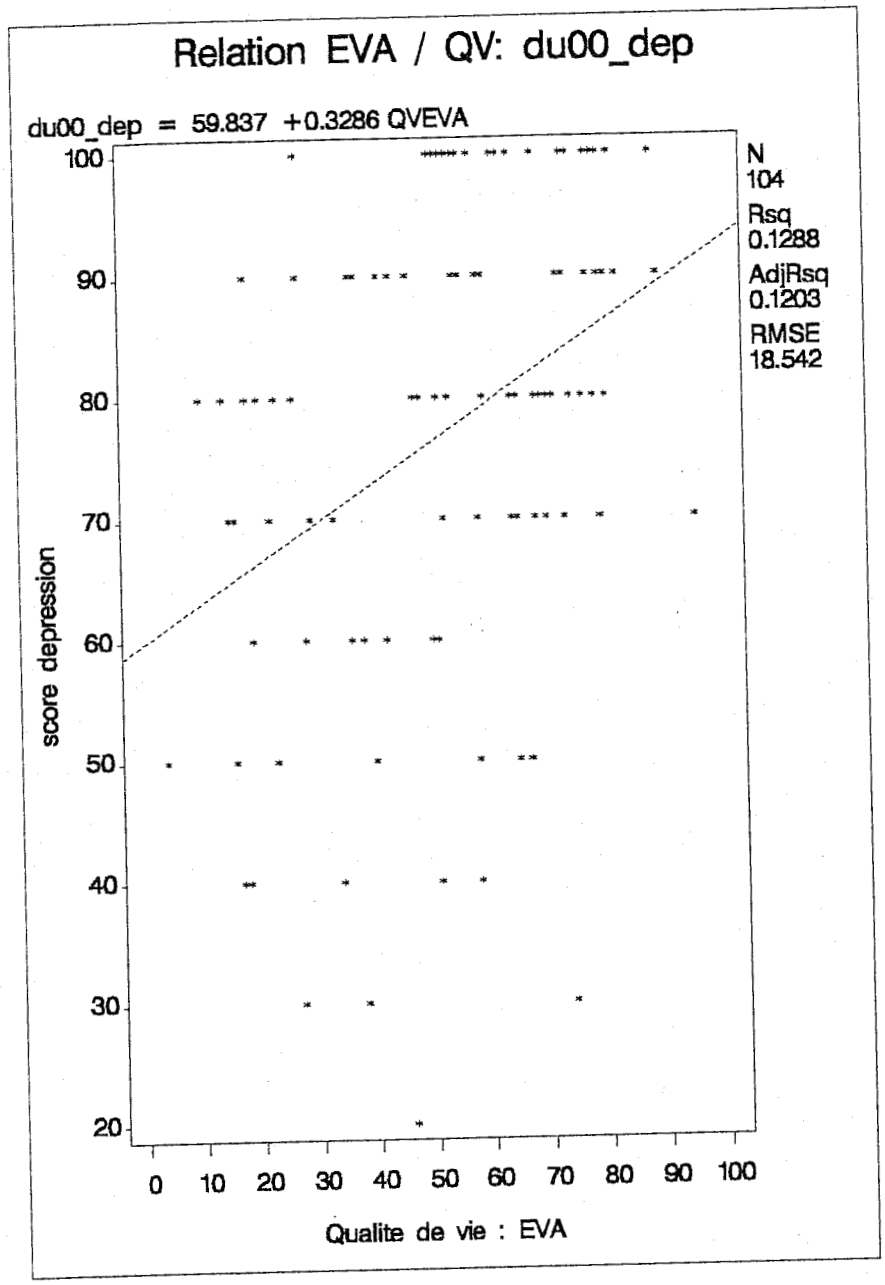
Les annexes suivantes sont d'une part composées de 18 graphiques présentant les corrélations significatives que nous avons retrouvées à l'issue de l'exploitation des résultats de notre enquête, et d'autre part, du profil de santé de Duke et de l'avenant à ce questionnaire.



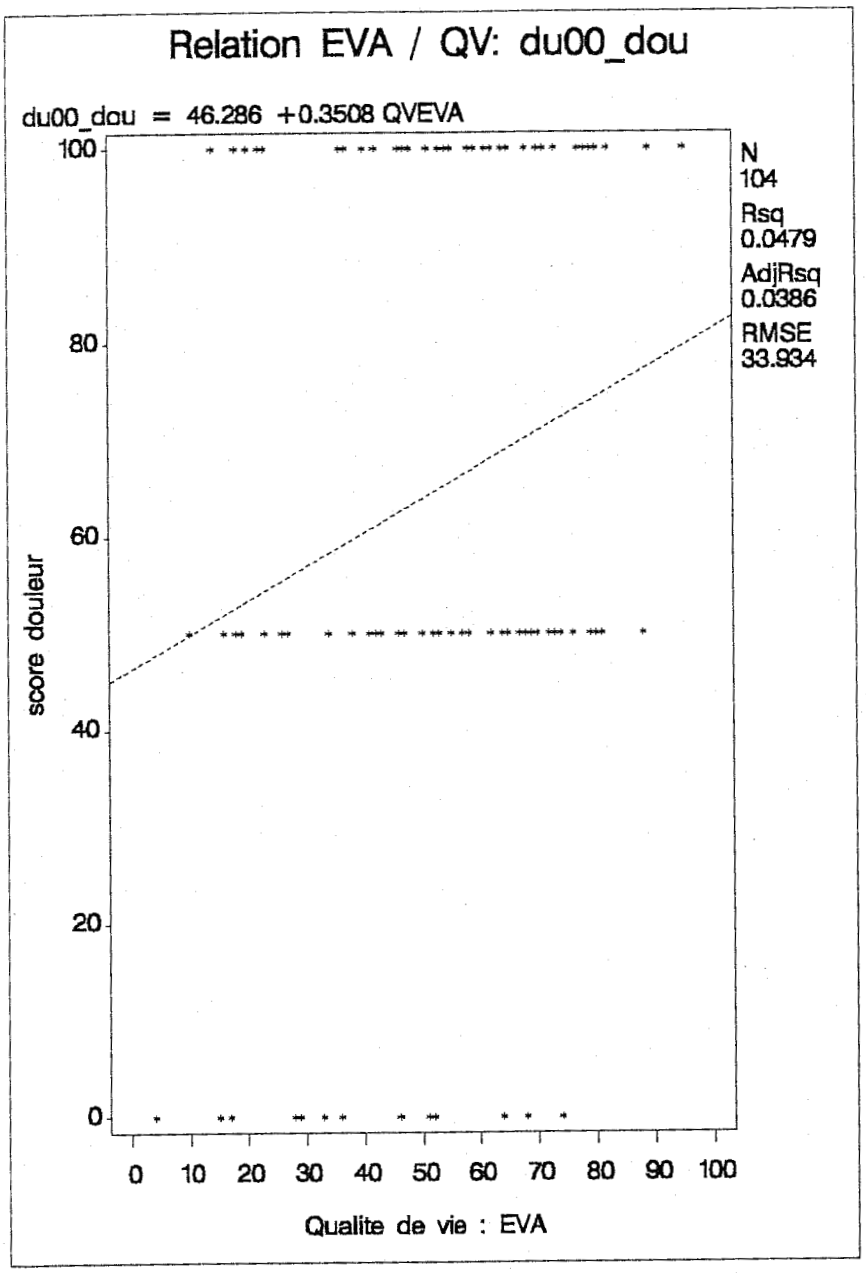
Corrélation entre le score mental du Duke et EVA



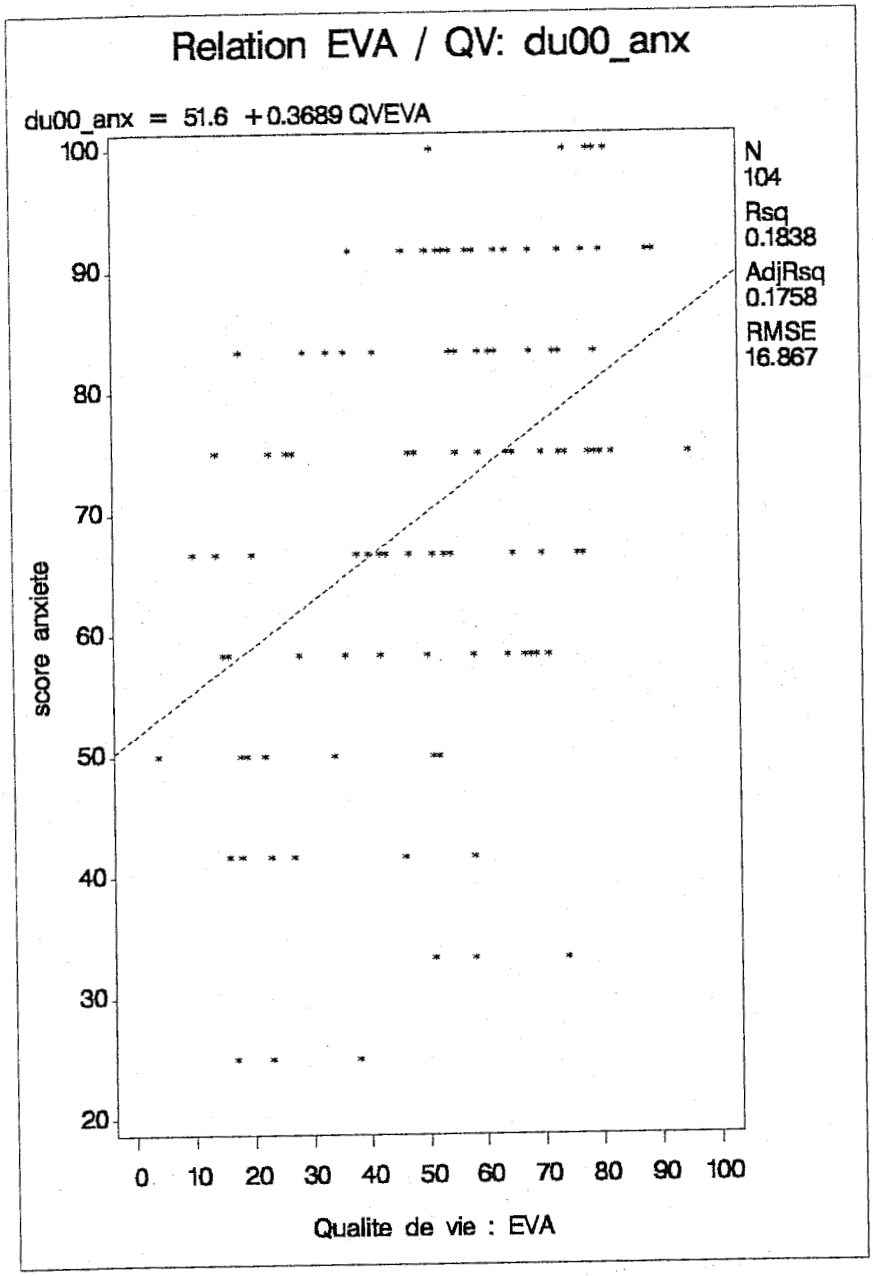
Corrélation entre score général du Duke et EVA



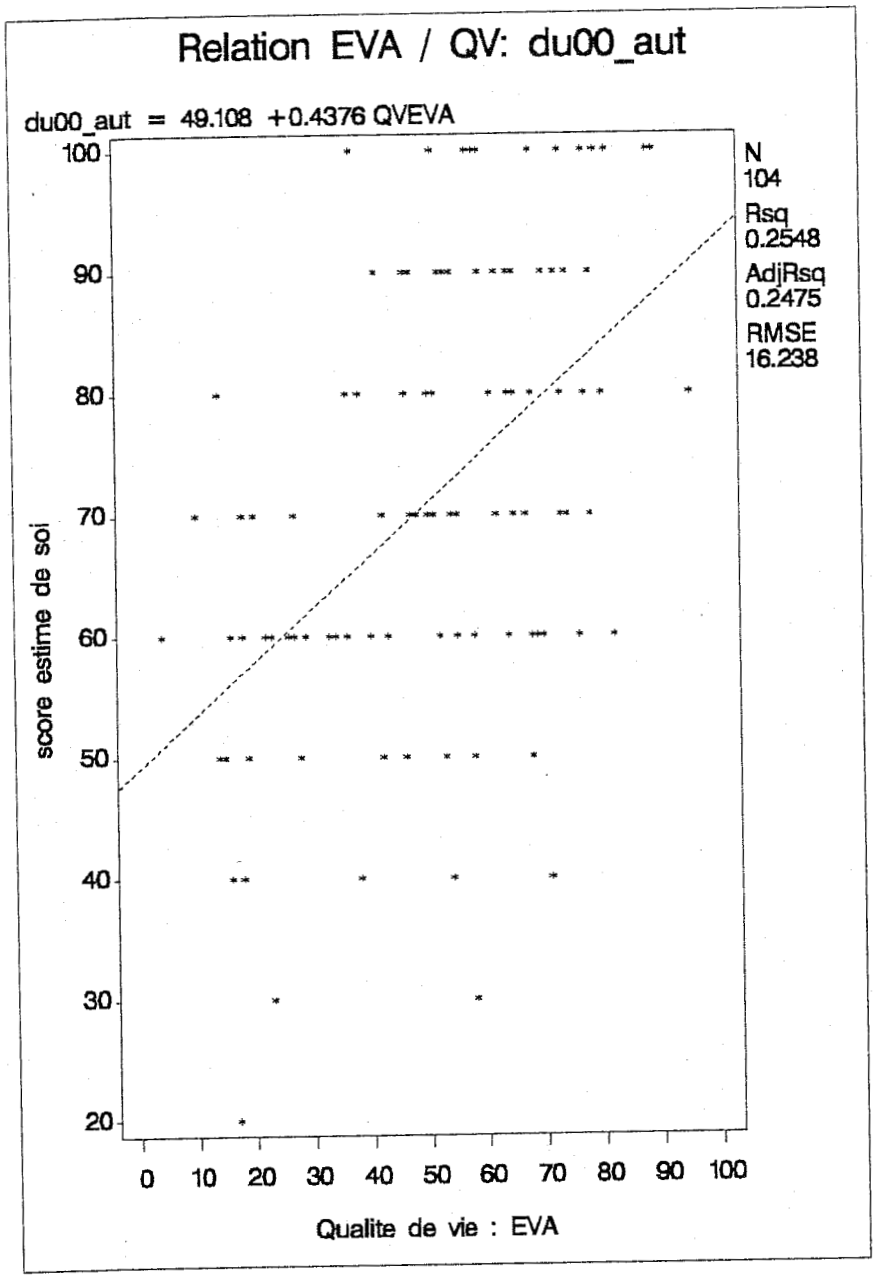
Corrélation entre score de dépression du Duke et EVA



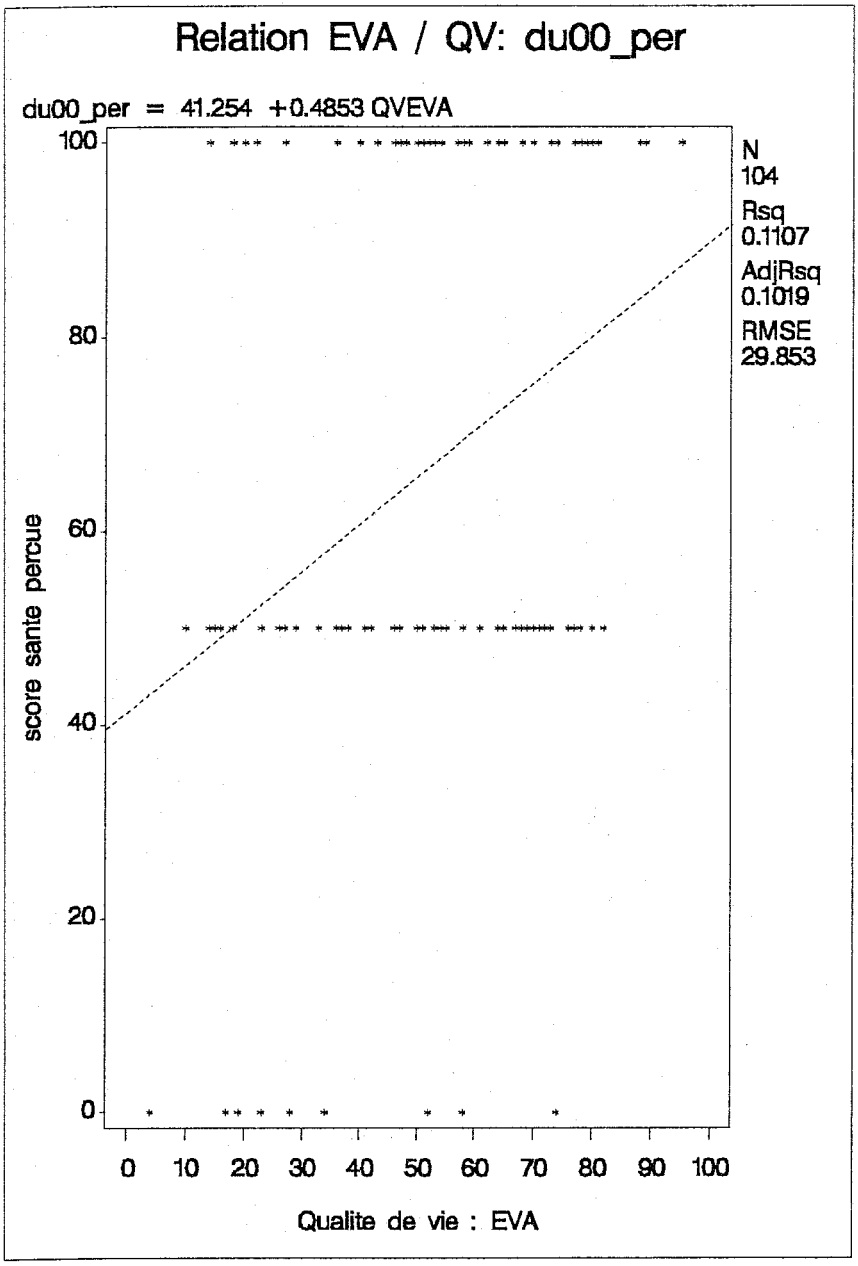
Corrélation entre score de douleur du Duke et EVA



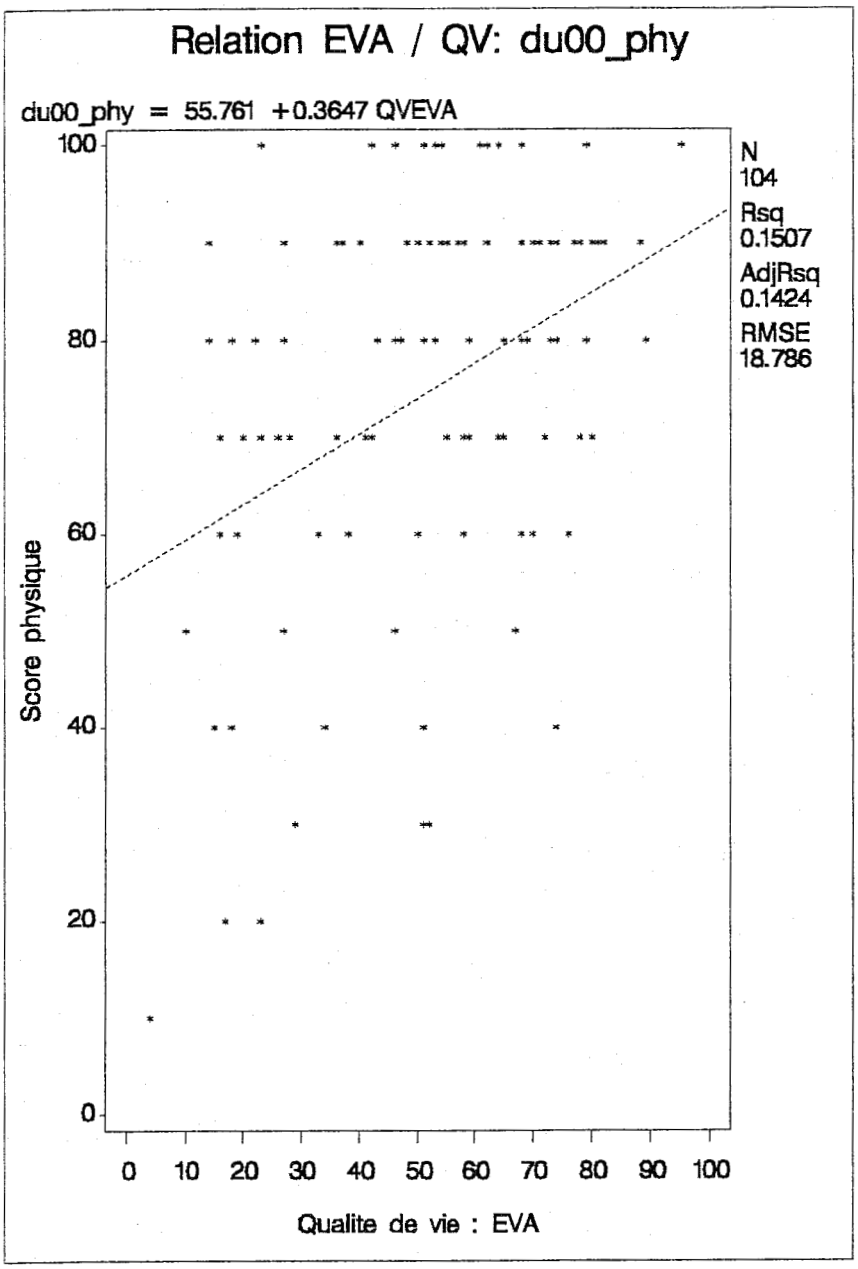
Corrélation entre score d'anxiété du Duke et EVA



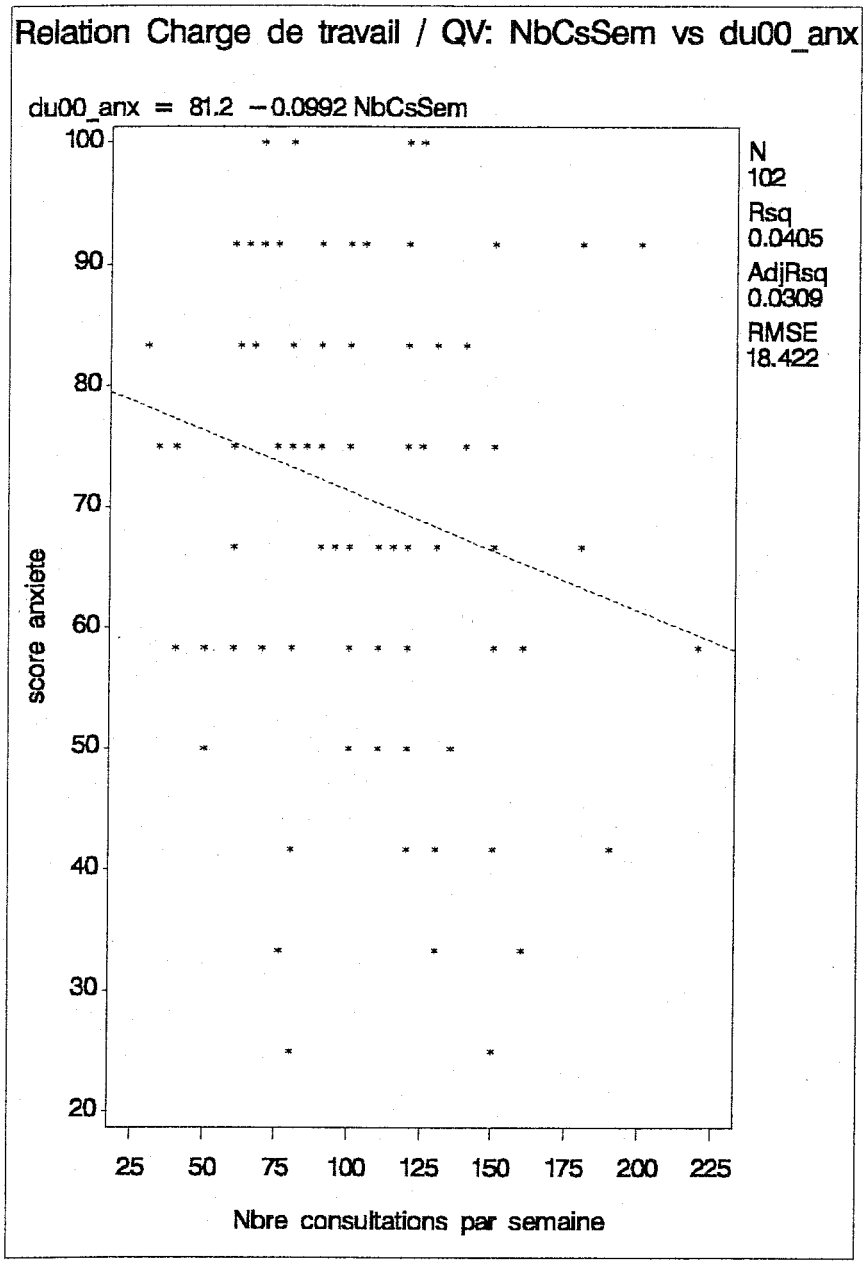
Corrélation entre score d'estime de soi du Duke et EVA



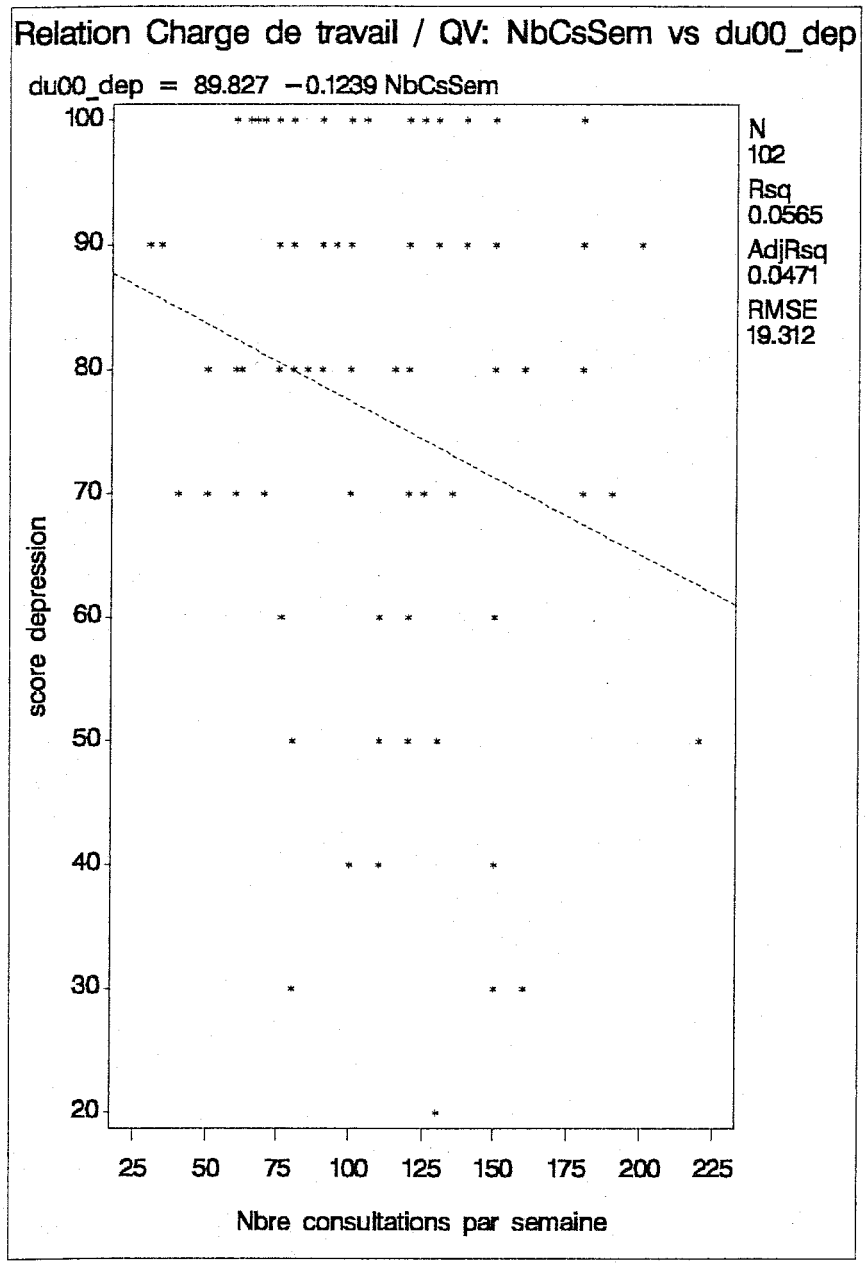
Corrélation entre score de santé perçue du Duke et EVA



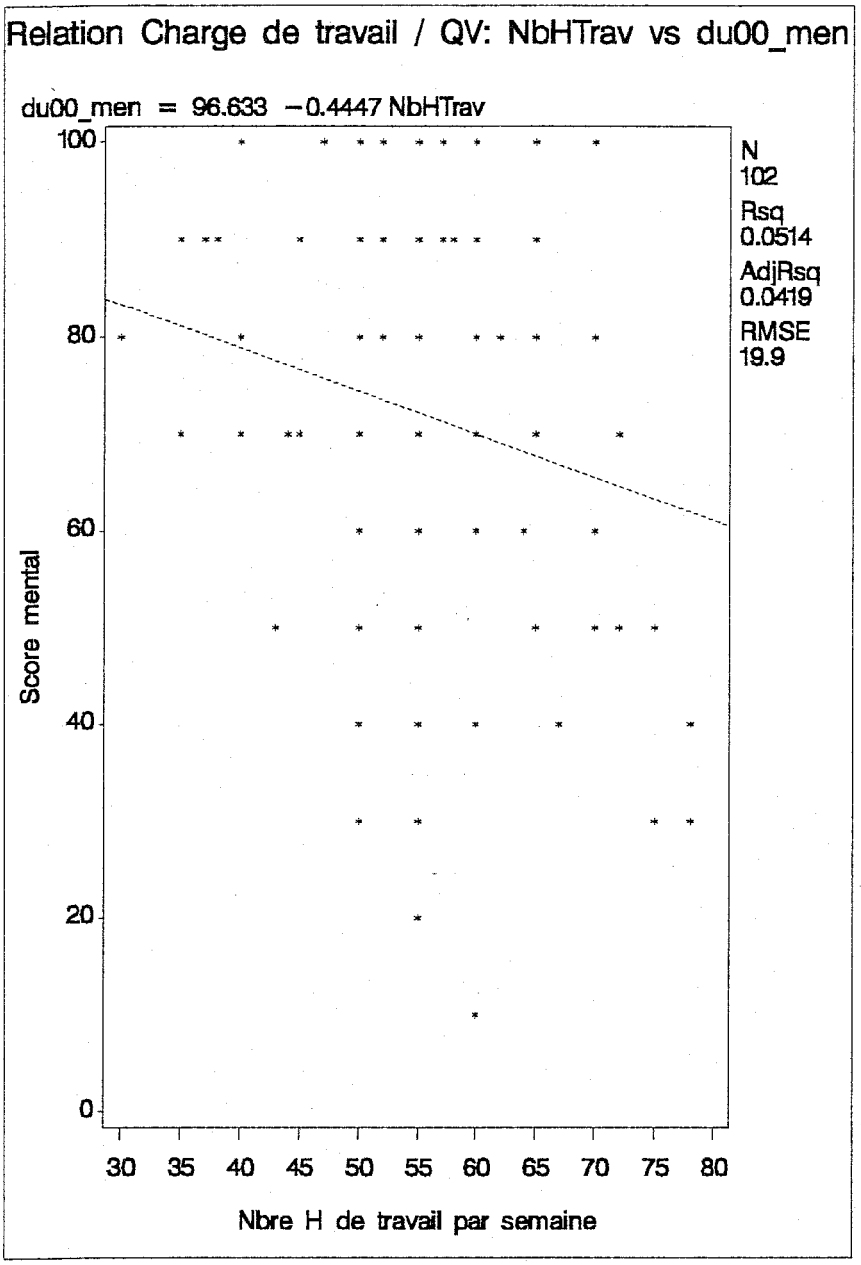
Corrélation entre score physique du Duke et EVA



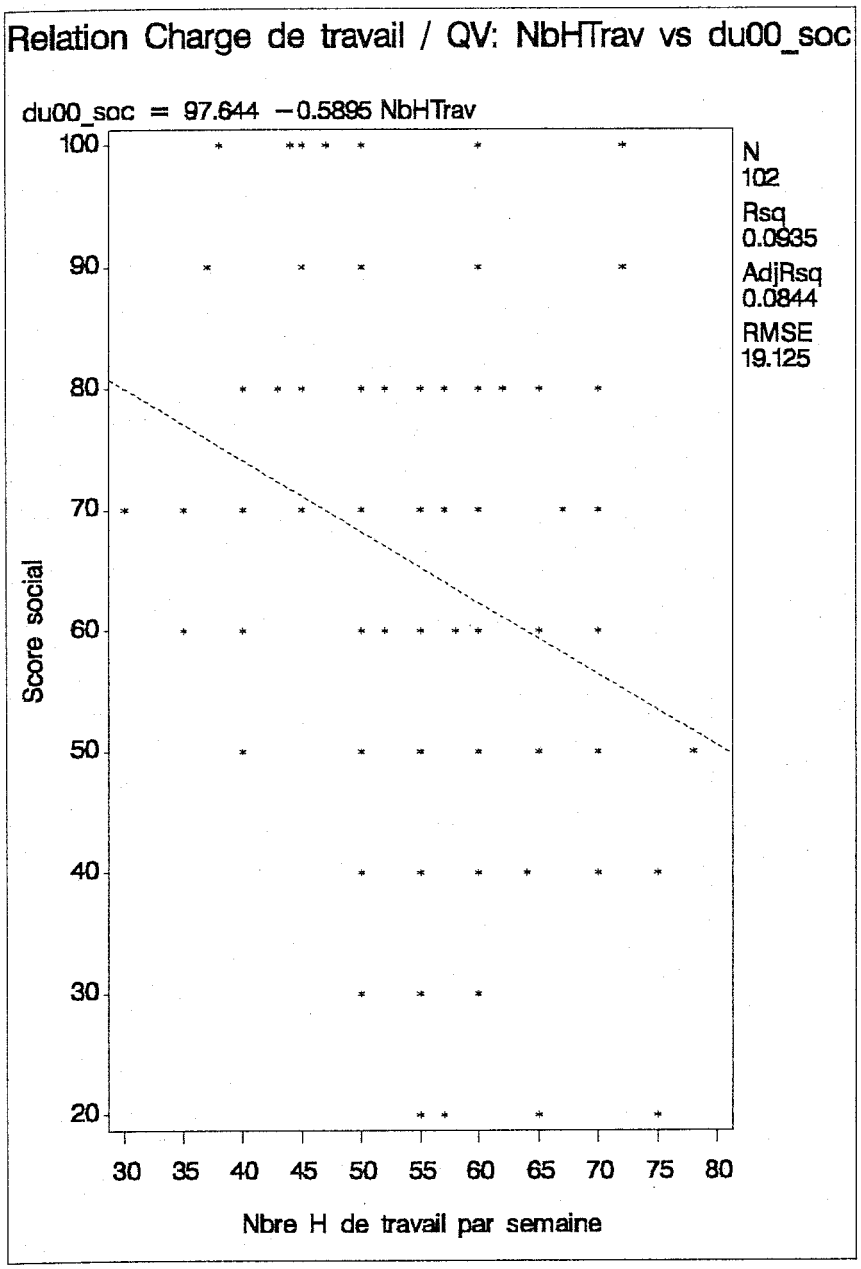
Corrélation entre score d'anxiété du Duke et nombre de consultations par semaine



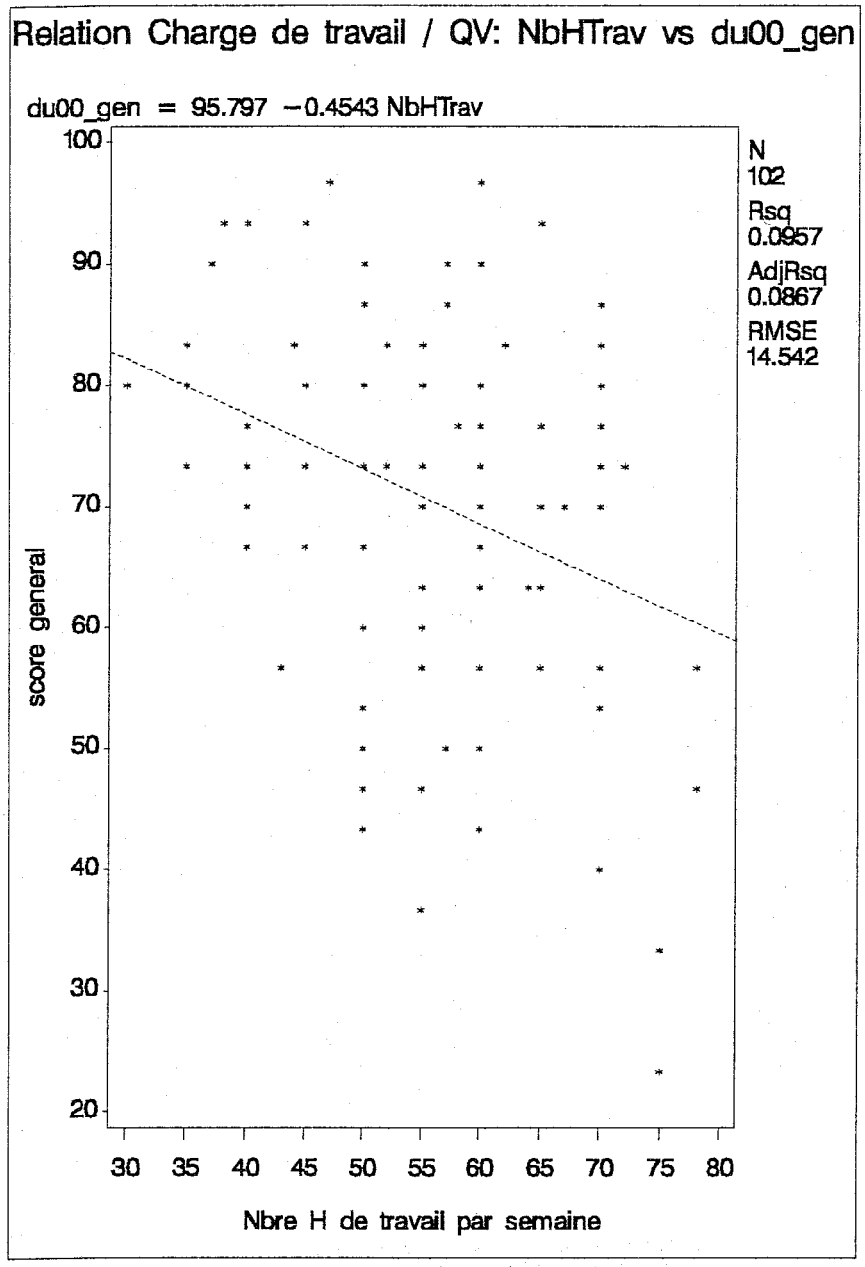
Corrélation entre score de dépression du Duke et nombre de consultations par semaine



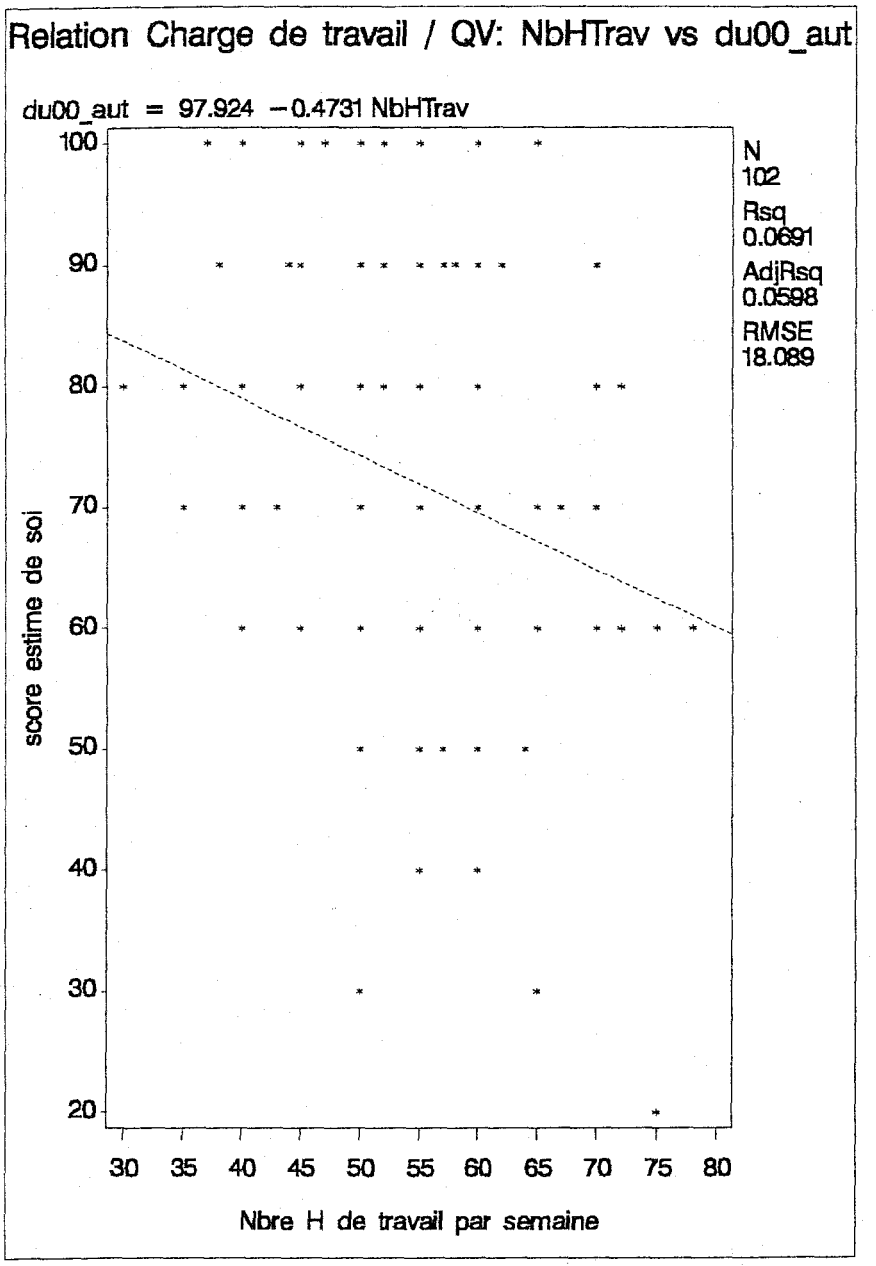
Corrélation entre score mental du Duke et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



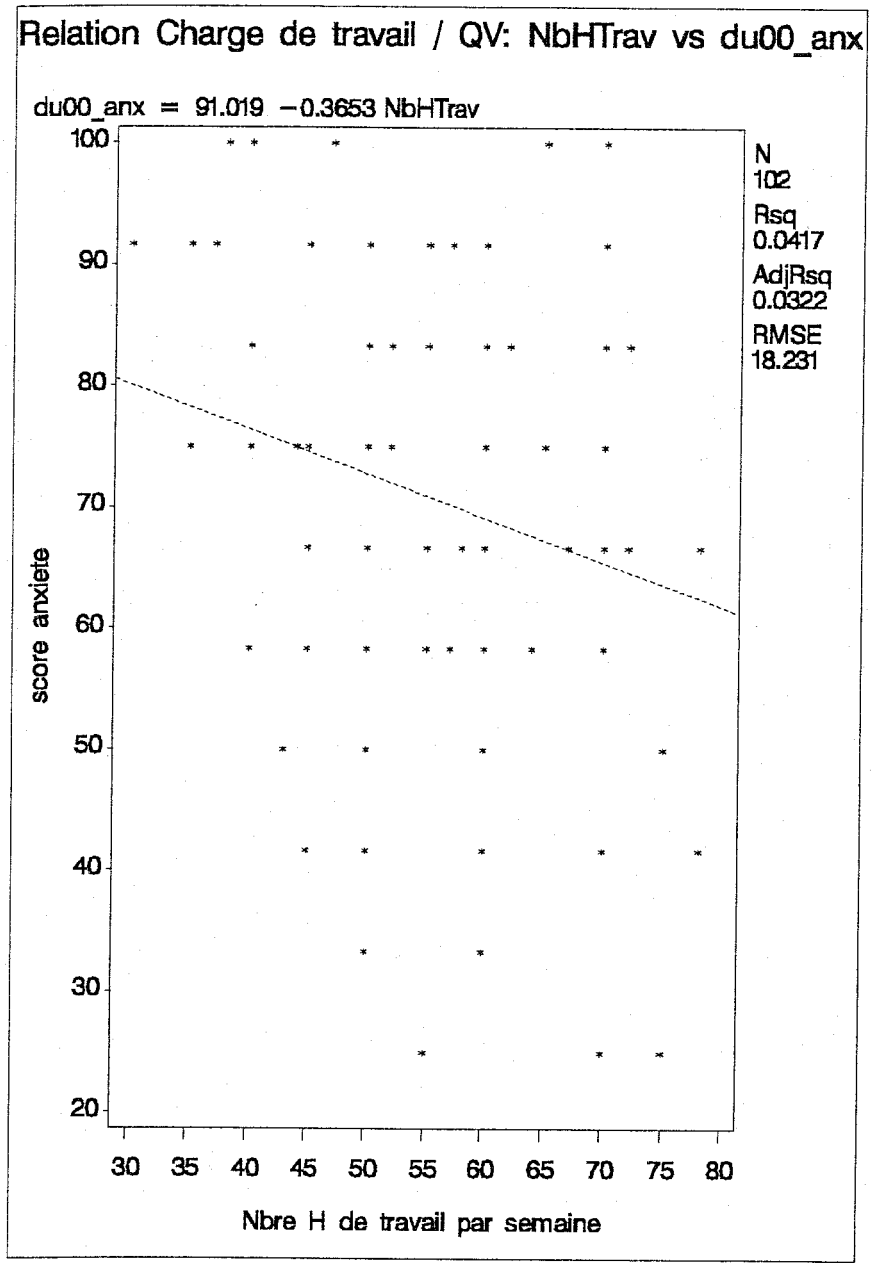
Corrélation entre score social du Duke et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



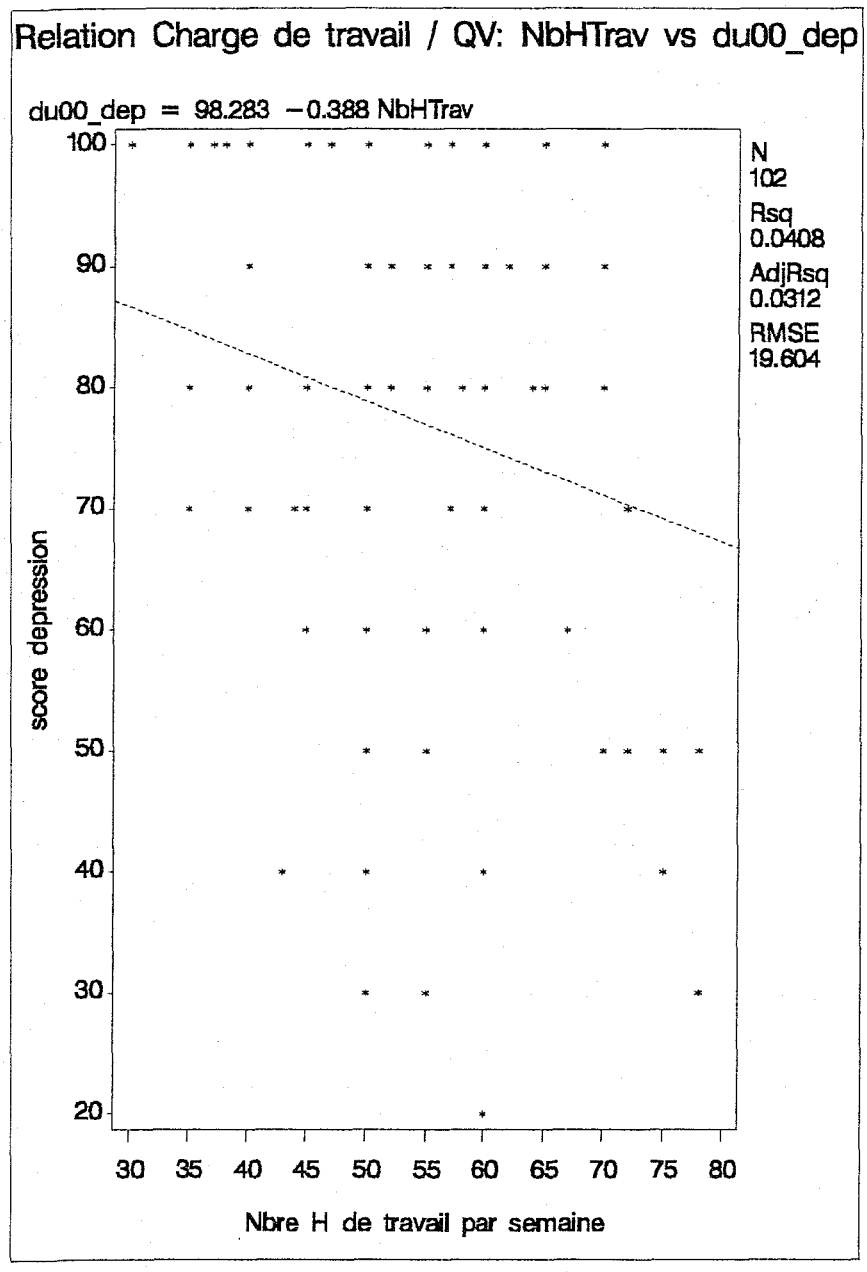
Corrélation entre score général du Duke et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



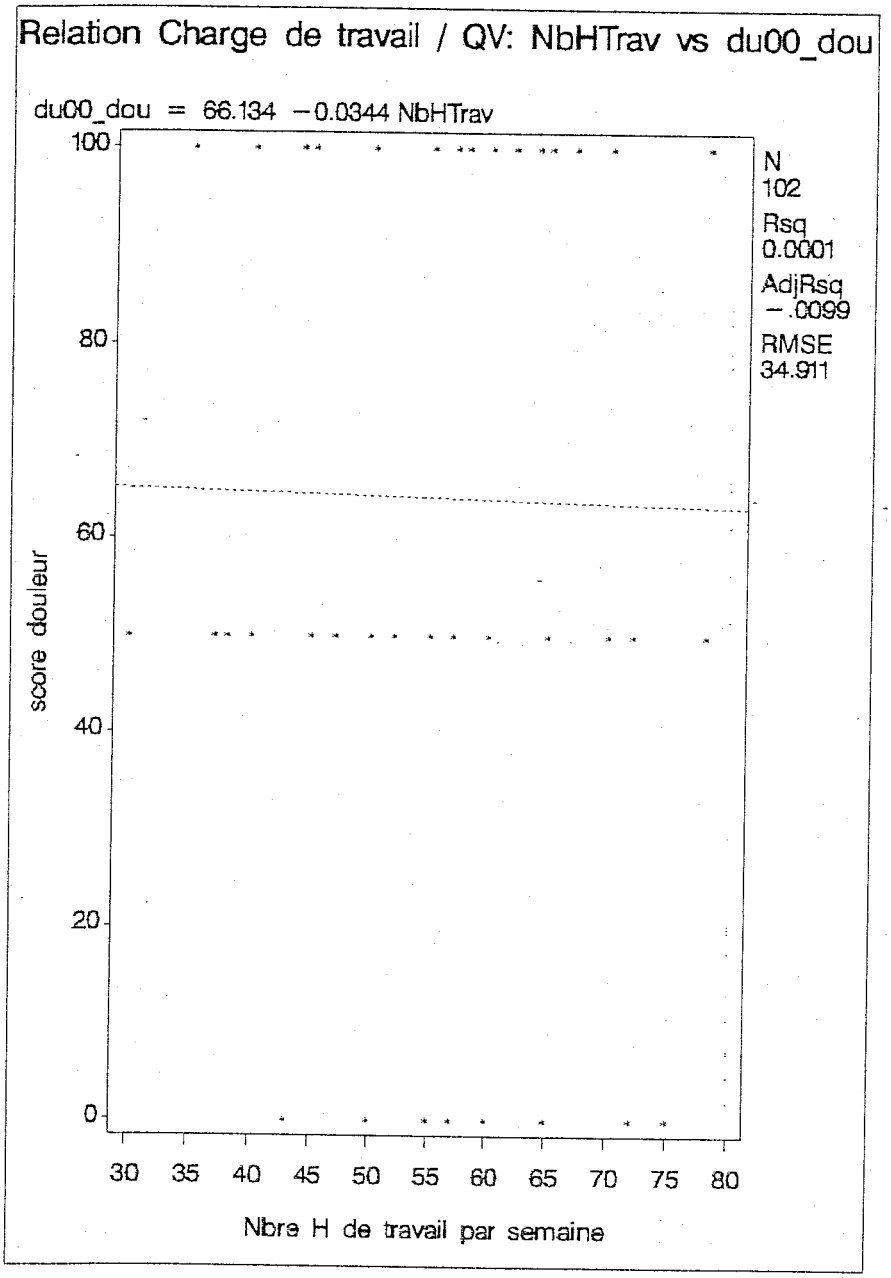
Corrélation entre score d'estime de soi du Duke et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



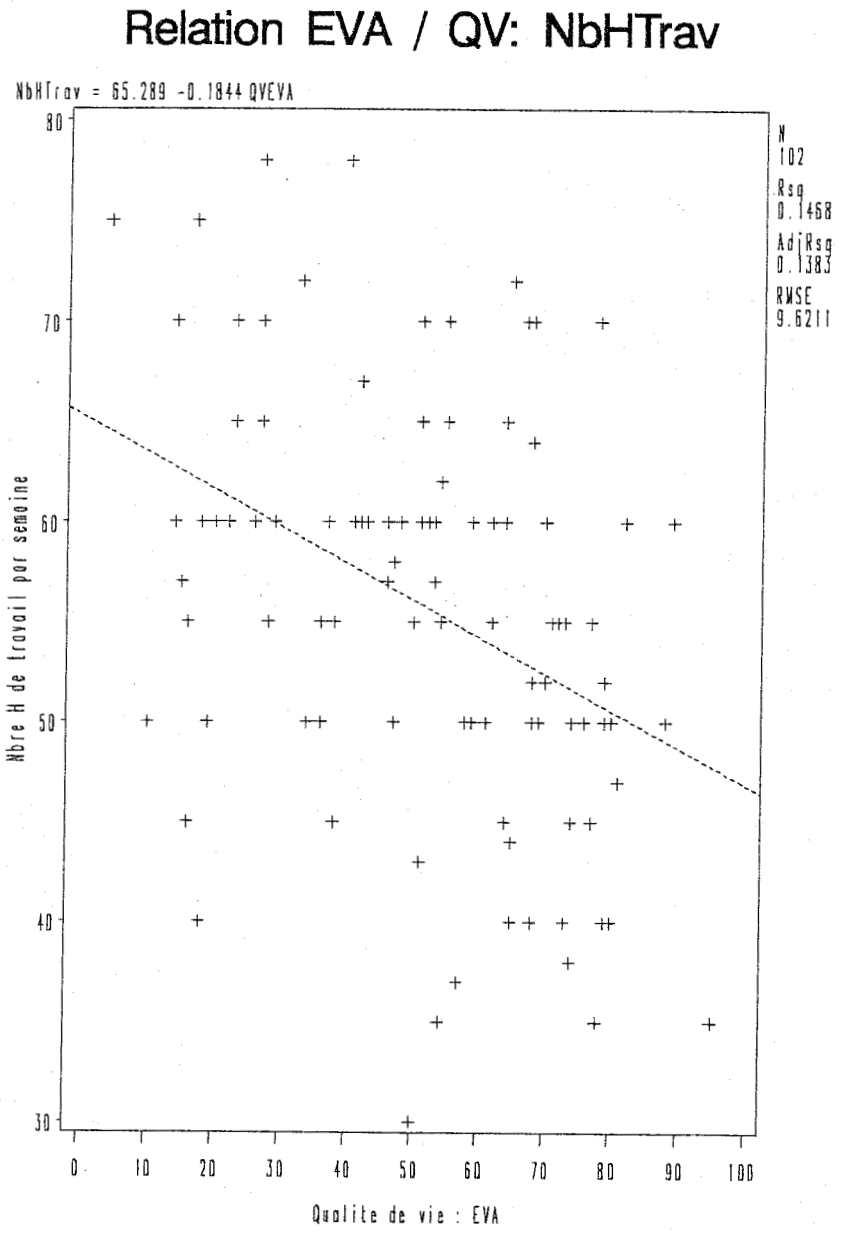
Corrélation entre score d'anxiété du Duke et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



Corrélation entre score de dépression et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



Corrélation entre score de douleur du Duke et nombre d'heures de travail par semaine en dehors des gardes



Corrélation entre EVA et nombre d'heure de travail par semaine en dehors des gardes

PROFIL DE SANTE DE DUKE

Copyrigth 1989 by the Department of Community and Family Medecine
Duke University Medical Center, Durham, N.C., U.S.A.

N° : /____/____/____/____/

Instructions

Voici une série de questions sur votre santé telle que vous la ressentez. Veuillez lire attentivement chacune de ces questions. Cochez la réponse qui vous convient le mieux. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

	Oui, c'est tout à fait mon cas	C'est à peu près mon cas	Non, ce n'est pas mon cas
1. Je me trouve bien comme je suis	☐	☐	☐
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	☐	☐	☐
3. Au fond, je suis bien portant	☐	☐	☐
4. Je me décourage trop facilement	☐	☐	☐
5. J'ai du mal à me concentrer	☐	☐	☐
6. Je suis content de ma vie de famille	☐	☐	☐
7. Je suis à l'aise avec les autres	☐	☐	☐

AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8. Vous auriez du mal à monter un étage	☐	☐	☐
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	☐	☐	☐

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	☐	☐	☐
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	☐	☐	☐
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	☐	☐	☐
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	☐	☐	☐
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	☐	☐	☐

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS :	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite)	☐	☐	☐
16. Vous avez eu des activités de groupes (réunion, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	☐	☐	☐

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS :	Pas du tout	1-4 jours	5-7 jours
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	☐	☐	☐

N° :

Enquête sur l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste

1/ Sexe :
- ❑ homme
- ❑ femme

2/ Année de naissance :

3/ Situation familiale :
- ❑ marié(e)
- ❑ veuf(ve)
- ❑ divorcé(e)
- ❑ vie maritale

4/ Nombre d'enfants :

5/ Vous exercez dans une commune de :
- ❑ 0 à 1000 habitants
- ❑ 1000 à 5000 habitants
- ❑ 5000 à 10000 habitants
- ❑ > 10000 habitants

6/ Vous travaillez :
- ❑ seul(e)
- ❑ en association
- ❑ avec secrétaire
- ❑ avec télésecrétariat

7/ Combien de consultations effectuez-vous par semaine ?

8/ Combien de visites réalisez-vous par semaine ?

9/ Combien d'heures travaillez-vous par semaine en dehors des gardes?

10/ Combien de gardes assurez-vous par mois ?

N° :

11/ Votre rythme de travail empiète-t-il sur votre vie de famille ou vie privée?

- ❑ oui
- ❑ non

Si oui, pourquoi ? (si réponses multiples, classez par ordre de décroissance d'importance)

- ❑ charge de travail trop importante
- ❑ trop de stress
- ❑ trop de responsabilités
- ❑ trop de pression de la part des patients
- ❑ charges administratives trop lourdes
- ❑ autre :

12/ Par rapport à votre activité, vous trouvez votre rémunération :

- ❑ insuffisante
- ❑ justifiée
- ❑ excellente

13/ Que devriez-vous changer dans votre activité professionnelle pour améliorer votre qualité de vie ? (si réponses multiples, classez par ordre de décroissance d'importance)

- ❑ réduction du temps de travail
- ❑ réduction des charges administratives
- ❑ emploi de personnel au cabinet
- ❑ réduction du nombre de visites
- ❑ réduction du nombre de gardes
- ❑ fermeture du cabinet une journée par semaine
- ❑ facilité à trouver un remplaçant
- ❑ association avec d'autres médecins généralistes
- ❑ collaboration accrue avec du personnel paramédical (maison médicalisée....)
- ❑ autre :

14/ Sur cette échelle visuelle analogique, comment cotez-vous actuellement votre qualité de vie par rapport à votre rythme de travail ?

Très mauvaise |——————————————————————| Très bonne

15/ Remarques :

Marc Thiebaut résident 5éme semestre
5 rue Galliéni
54000 Nancy

Tel : 03.83.51.73.20
mail : thiebaut.rm@wanadoo.fr

Nancy le 20/01/03

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale dont le directeur est le Dr Ph. Rémy d'Epinal et le président le Pr J. D. de Korwin, vous avez été sélectionné(e) pour participer à une enquête visant à évaluer la qualité de vie du médecin généraliste.

Vous trouverez, ci-joint, un questionnaire de qualité de vie générique (DUKE) ainsi qu'un questionnaire portant sur différents items plus spécifiques à l'exercice de la médecine générale.

Je vous demande de bien vouloir me réadresser ce questionnaire rempli dès que possible, à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie ou par Fax : 03 83 85 12 34.

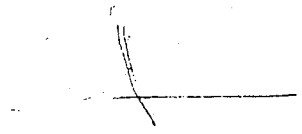
Mes objectifs sont de comparer la charge de travail des médecins exerçant en milieu rural ou urbain et d'évaluer l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin lorrain.

Je bénéficie du soutien de l'URML, de la MSA et du Département universitaire de médecine générale.

Vous remerciant par avance de votre participation et en restant à votre disposition.

Bien confraternellement.

Marc Thiebaut
Résident en médecine générale



SCD-UHP - NANCY
BIBLIOTHÈQUE
MÉDECINE

VU

NANCY, le **16 mai 2003**
Le Président de Thèse

Professeur **J.D. de KORWIN**

NANCY, le **16 mai 2003**
Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **20 mai 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

La charge de travail des médecins généralistes est étudiée tant sur le plan médical qu'administratif à partir d'une revue de la littérature et d'une enquête chez des médecins exerçant en milieu urbain ou rural. Ces deux groupes ont été comparés pour l'impact de la charge de travail sur la qualité de vie, à partir du profil de santé de Duke et d'un avenant à ce questionnaire.

Les résultats indiquent qu'il existe une corrélation négative entre la qualité de vie et la charge de travail exprimée en terme de nombre d'heures de travail ou de consultations. En revanche, il n'a pas été trouvé de différence de qualité de vie entre les médecins ruraux et les médecins urbains, ni entre les hommes et les femmes. Enfin, la forte corrélation observée entre les scores de Duke et le score d'EVA suggère que l'échelle visuelle analogique pourrait être un outil valable de mesure de la qualité de vie.

Cette étude propose des mesures d'amélioration des conditions de travail des médecins généralistes.

General Medicine and working patterns: the impact that workload has on the quality of life of practitioners working in urban or rural areas.

Thèse: MEDECINE GENERALE – ANNEE 2003

MOTS CLES:

- QUALITE DE VIE
- MEDECINS GENERALISTES
- PROFIL DE SANTE DE DUKE

INTITULE ET ADRESSE de L'UFR

Faculté de médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex