HAL
open science

La prévoyance du médecin généraliste libéral : une étude descriptive en région Rhône Alpes : avec le soutien de l'URPS Rhône-Alpes

Nolwenn Rabot

▶ To cite this version:

Nolwenn Rabot. La prévoyance du médecin généraliste libéral : une étude descriptive en région Rhône Alpes : avec le soutien de l'URPS Rhône-Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00814670

HAL Id: dumas-00814670
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00814670v1

Submitted on 17 Apr 2013

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 Joseph Fourier GRENOBLE MEDECINE

SICD1 Bibliothèques de l'UJF et de Grenoble INP

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2013

LA PREVOYANCE DU MEDECIN GENERALISTE LIBERAL: UNE ETUDE DESCRIPTIVE EN REGION RHONE ALPES.

AVEC LE SOUTIEN DE L'URPS RHONE ALPES

THESE

Présentée pour l'obtention du

Doctorat en médecine

Diplôme d'état

Par

Nolwenn RABOT

Née le 15 Décembre 1984 à Voiron

Soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble

Le 10 Avril 2013

Devant le Jury composé de

Président du Jury : Pr Régis DE GAUDEMARIS

Membres : Pr Anne MAITRE, Pr Pierre BACONNIER, Dr Jean René CAUSSE

Directeur de Thèse : Dr Eveline BANGUID

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Biostatiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

Au Pr Régis de Gaudemaris, Professeur de Médecine et Santé au Travail. Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Merci pour votre intérêt et votre confiance.

Aux Professeurs Pierre Baconnier, Professeur en Santé Publique et au Pr Anne Maître, Professeur de Médecine et Santé au Travail, merci d'avoir accepté de juger mon travail. J'espère ne pas vous décevoir et vous avoir sensibilisés à ce sujet.

Au Dr Jean René Causse, Médecin généraliste et membre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère, merci de faire partie de ce jury et de vous intéresser à ce problème de la prévoyance de notre profession. J'espère que mon travail sera utile à notre confrérie dont vous vous faites le représentant.

Au Dr Eveline Banguid, médecin au Conseil Général de l'Isère, merci beaucoup d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre écoute, vos conseils et votre disponibilité.

Merci aux Pr Patrice François et José Labarère pour leur aide concernant le protocole et l'analyse statistique.

Merci à l'URPS Rhône Alpes pour son soutien logistique et son intérêt pour le sujet, ainsi qu'à sa vice Présidente le Dr Nicole Bez, administratrice de la CARMF Rhône Alpes et membre de MG France pour son soutien et ses conseils.

A mes chers maîtres enseignants, en espérant n'oublier personne : le Dr Odile Dumont, le Dr Philippe Lévy, le Dr Daniel Ouvrard, le Dr Agnès Fagot, le Dr Sandrine Briot-Valette, le Dr Rodios Dimitriou, le Dr Martine Brin, le Dr Jacques Bouchaud, le Dr Alain Kerspern. Vous avez tous contribué à faire de moi le médecin que je suis devenue. Vous êtes mes modèles pour ma pratique future, j'espère être à la hauteur de l'enseignement que vous m'avez apporté.

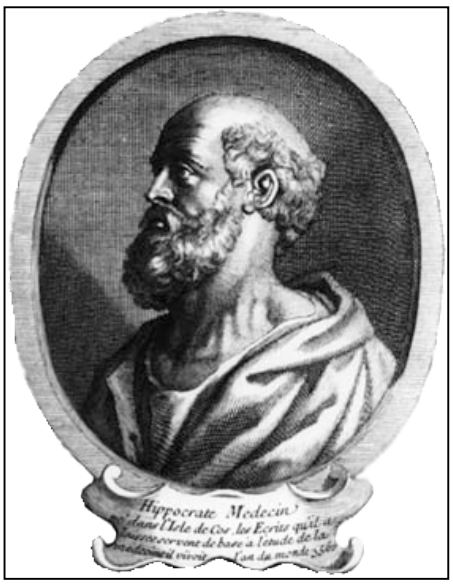
A toute l'équipe soignante du service des Urgences de l'Hôpital de Voiron, travailler avec vous tous a été un plaisir immense, vous me manquerez, ne changez rien.

A mes parents, merci de m'avoir soutenue et encouragée dans les moments difficiles et d'avoir toujours respecté mes choix dans la vie. J'espère vous avoir rendu fiers.

A mes frères et sœurs, Méleyne, Héloïse et Timothée, à ma belle famille, à mes grands parents, à mes amis Béryl, Pauline, Nora, Sabrina, Mélanie, Sahra, Loïc merci pour vos critiques, votre aide et vos encouragements.

A Eric enfin, merci d'avoir été là toutes ces années et de m'avoir supportée dans tous les sens du terme. Sans toi le jeu n'en vaudrait pas la chandelle. Je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE



« En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque. »

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS ……12

INTRODUCTION……13

1ère Partie : CONTEXTE……16

1.1 Définition des termes……17

1.2 Organisation de la prévoyance obligatoire……18

- ***Comparaison du régime général avec celui des médecins libéraux***……18
- ***Le médecin salarié***……21
- ***Le cas particulier du médecin remplaçant***……22

1.3 Les différents acteurs de la couverture « facultative » du médecin libéral……23

- ***Assurances et mutuelles privées***……23
- ***Tontines /contrats d'entraide***……24
- ***Auto garantie financière***……25
- ***Recours à un remplaçant***……25
- ***AVAT***……25

1.4 Données de la littérature sur l'imprévoyance des médecins……26

- ***Les études sur la santé des médecins***……26
- ***Les publications ordinales***……28

  Le rapport du CNOM de 2005……28

  Le médecin malade……29
- ***Entraide et données CARMF***……29

2ème Partie : MATERIEL ET METHODES……31

2.1 Type d'étude……32

2.2 Méthode de sélection……32

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion……33

2.4 Méthode d'intervention ……33

2.5 Méthode d'évaluation critères de jugement……34

2.6 Analyse statistique……35

3ème Partie : RESULTATS……36

3.1 Eléments descriptifs……37

3.2 Prévoyance et connaissance du système de couverture……42

3.3 Score d'imprévoyance « technique »……45

3.4 Remarques des répondants……46

4ème Partie : DISCUSSION……50

4.1 Principaux résultats……51

4.2 Biais de l'étude……53

4.3 Comparaison avec la littérature/extension des résultats à la population cible……55

4.4 Pistes de réflexion……57

4.5. Comment améliorer la situation des libéraux ?……64

CONCLUSION……66

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……67

ANNEXES……75

Annexe 1 Questionnaire……76

Annexe 2 Caractéristiques de la population d'étude. Comparaison des deux groupes……80

Annexe 3 Attitudes face à l'incapacité de travail. Comparaison des deux groupes……82

Annexe 4 Prévoyance et connaissance du système de couverture. Comparaison des deux groupes……84

Annexe 5 Présence d'une couverture facultative. Facteurs de risque ? ……87

Annexe 6 Score d'imprévoyance technique. Facteurs de risque ? ……88

Annexe 7 Remarques des répondants……90

Annexe 8 Tableaux CARMF. Evaluation recettes/dépenses……111

LISTE DES ABREVIATIONS

AFEM : Aides aux Familles et Entraide Médicale

ALD : Affection de Longue Durée

AGA : Association de Gestion Agréée

AT : Accident du Travail

AVAT : Assurance Volontaire Accident du Travail

BNC : Bénéfice Non Commercial

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français

CNAM(TS) : Caisse Nationale d'Assurance Maladie (des Travailleurs Salariés)

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

FAS : Fonds d'Action Sociale

IJ : Indemnité(s) Journalière(s)

IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques

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

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

MACSF : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

MP : Maladie Professionnelle

MT : Médecin Traitant

PAMC : Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés

TM : Ticket Modérateur

UNIM : Union Nationale pour les Intérêts de la Médecine

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux (remplacée depuis par l'URPS)

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

INTRODUCTION

Les cordonniers sont les plus mal chaussés… Comment penser que ce vieil adage puisse également s'appliquer au corps médical, alors que les connaissances du médecin devraient lui permettre de mieux se soigner et tout du moins de mieux prévenir certaines affections que le commun des mortels ?

Ces dernières années, thèses et publications se sont penchées sur la santé de notre profession, et plus particulièrement sur celle des médecins généralistes français. Elles ont pu mettre en évidence que, jouissant dans leur ensemble d'une santé au moins aussi bonne que celle de la population générale[1], les médecins libéraux se distinguent dans la prise en charge de leur santé par des particularités propres : si leur hygiène de vie semble globalement meilleure[2] pour ce qui est du tabagisme ou de l'activité physique, la consommation globale d'alcool est comparable à celle de la population générale, mais celle des psychotropes la dépasse[3]. L'automédication, l'auto prescription d'examens sont largement pratiquées[2, 4], l'absence de suivi par un médecin référent est légion[5]. Face à la maladie, le médecin peine à se mettre dans le rôle d'un patient, son suivi est souvent chaotique et négligeant[6, 7], compensé par un parcours et un accès aux spécialistes favorisés[4]. On sait que si les cancers représentent la première cause d'arrêt de travail indemnisé chez les médecins, les pathologies psychiatriques occupent la première place (39,76% en 2009) pour ce qui est de la mise en invalidité définitive chez les praticiens libéraux[8]. Le médecin a du mal à s'arrêter de travailler lorsqu'il se trouve en incapacité pour raisons de santé : dans une enquête de 2003 réalisée par Impact Médecine[4], seulement 3% des interrogés déclaraient s'arrêter quand ils présentaient une pathologie pour laquelle ils auraient prescrit un arrêt de travail à leur patient et 81% déclaraient toujours continuer leur exercice dans ce cas.

Il est vrai qu'en tant qu'entrepreneur libéral, le médecin n'a par ailleurs qu'une protection financière limitée face au risque de suspension d'activité pour raisons de santé. Par sa protection sociale obligatoire il ne bénéficie d'aucune indemnité journalière en cas d'accident ou d'arrêt maladie inférieur ou égal à 90 jours (délai de carence de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français)[9]. Passé ces 90 jours, l'indemnité versée par la CARMF suffit parfois à peine à couvrir les charges inhérentes au seul fonctionnement du cabinet qui continuent à courir. Cette lacune dans sa couverture se doit d'être couverte de manière volontaire, auprès de prestataires pour la plupart privés ou par des contrats d'entraide.

En 2005 un rapport de la CARMF et du CNOM intitulé « l'imprévoyance du médecin »[10]

faisait état, sans les chiffrer, d'exemples nombreux d'imprévoyance à divers degrés chez nos confrères, ayant parfois des conséquences désastreuses. En 2008, le Conseil National de l'Ordre des Médecins[7] affirmait que la gestion financière et le maintien de son activité libérale étaient encore un souci majeur pour le médecin lorsqu'il est en situation d'interruption prolongée d'activité. D'après ces rapports nos confrères pêcheraient par imprévoyance, notamment lorsqu'il s'agit de souscrire une couverture « facultative » mais fortement conseillée de ces 90 jours de carence. Néanmoins jusqu'à présent aucune étude n'a été menée pour avoir des chiffres sur l'ampleur de ce phénomène ou ses déterminants.

Lorsque l'on imagine les implications que peuvent avoir l'interruption d'activité du médecin sur l'exercice médical et sa situation financière, il nous a paru intéressant d'interroger les médecins généralistes libéraux sur leurs connaissances et leur couverture actuelle afin d'étayer l'importance de ce phénomène et dégager des pistes de réflexion sur l'aide à apporter à ces médecins imprévoyants.

1ère Partie : CONTEXTE

1.1 Définition des termes

En droit des entreprises la prévoyance est « un régime instauré dans l'entreprise ou au niveau d'une branche professionnelle et destiné à offrir aux salariés une couverture sociale complémentaire (décès, invalidité, maladie, etc.) venant s'ajouter à celle des régimes obligatoires de sécurité sociale »[11]. Plus généralement, c'est une garantie destinée à assurer un complément d'indemnisation au travailleur (salarié ou non) en cas de maladie, d'invalidité, de décès.

Il s'agit donc de couvrir 3 risques :

- **Risque Incapacité** : c'est l'impossibilité reconnue par la Caisse d'assurance maladie d'exercer une activité professionnelle, qui peut être temporaire ou permanente, totale ou partielle[11]. De manière générale il s'agit de la réduction partielle ou totale pour une personne de la capacité d'accomplir une activité ou de jouer le rôle qu'on attend d'elle, en raison de difficultés physiques, sensorielles, intellectuelles, ou psychiques, résultant d'accidents, de déficiences, ou de troubles divers. En termes de prévoyance cela revient à l'indemnisation de l'arrêt dit « maladie » (par définition temporaire) par une indemnité journalière.

- **Risque Invalidité** : En droit, est invalide celui dont la capacité de travail est réduite au moins des deux tiers[11]. Il s'agit d'un état médicalement reconnu d'un assuré affecté d'une réduction **permanente** de certaines de ses aptitudes, qu'il s'agisse d'une invalidité fonctionnelle ou d'une incapacité à exercer une activité professionnelle ou non. L'invalidité peut être partielle (réduction de l'activité de manière permanente) ou totale (activité impossible). En termes de prévoyance couvrir ce risque revient à compenser la diminution ou l'arrêt d'activité liée à cette invalidité.

- **Risque Décès** : en termes de prévoyance il s'agit de couvrir le risque de perte financière pour les ayants droits, du fait du décès de l'assuré (versement d'un capital, d'une rente).

1.2 Organisation de la prévoyance obligatoire:

Il s'agit de la prévoyance prévue par les cotisations obligatoires des travailleurs, de par les charges dues à ces organismes.

Comparaison du régime général avec celui des médecins libéraux

En 2011, 57 millions de bénéficiaires étaient affiliés au régime général de sécurité sociale[12]. La cotisation est en France obligatoire pour les salariés, prise en charge dans les charges de l'employé et de l'employeur et donc systématique. Les différents risques qui concernent la prévoyance sont gérés par la branche maladie du système de sécurité sociale (CNAM) qui assure 88% de la population française[12].

En tant que profession indépendante, le médecin libéral doit en début d'activité s'inscrire à l'URSSAF qui recouvre ses cotisations obligatoires d'allocations familiales et ses contributions sociales et professionnelles obligatoires[13]. Pour ce qui est de ses cotisations maladie il est affilié au régime des PAMC en cas de signature de la convention médicale avec la Sécurité Sociale. Ce régime suppose une participation de la Sécurité Sociale aux cotisations maladie obligatoires du médecin qui signe la convention pour les médecins en secteur 1 (92% des médecins généralistes en 2006[14], le secteur 2 ayant été fermé aux médecins généralistes en 1990[15]) et ceux en secteur 2 adhérents à l'option de coordination. L'interlocuteur pour le risque maladie et la maternité est alors soit la CPAM pour les médecins conventionnés en secteur 1 soit un organisme conventionné dépendant du Régime Social des Indépendants pour les médecins conventionnés en secteur 2. Les cotisations sont perçues par l'URSSAF ou le RSI selon la caisse d'affiliation[13].

Pour ce qui est du risque invalidité et décès le médecin libéral dépend de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français. L'affiliation est obligatoire pour tout médecin titulaire du diplôme de Docteur en médecine inscrit au conseil de l'Ordre et exerçant une activité libérale [16].

La démarche d'affiliation aux différentes caisses repose sur les démarches du médecin et bien qu'obligatoire, n'est pas automatique.

Les différentes caractéristiques des deux régimes sont résumées dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1. Organisation de la prévoyance obligatoire des bénéficiaires du régime général de Sécurité Sociale[17]

Risques	Caisse	Prestations	Conditions
Incapacité	CNAM	Versement d'IJ après **3j de carence.** Montant 50% du salaire journalier des 3 derniers mois (plafonné en 2012 à 42,18€). **Dès le 1er jour si AT ou MP** et de 60 à 80% du gain journalier avec plafond supérieur. Prestations en nature (remboursement des soins et actes médicaux selon le TM)	Avoir déclaré l'arrêt justifié par certificat médical dans les 48h. Quotité de travail minimale sur les 3 derniers mois, et s'il dure plus de 6 mois affiliation minimale de 12 mois avec quotité de travail minimale sur les 12 derniers mois.
Maternité	CNAM	Congé maternité pré et post natal selon enfants à charge et grossesse multiple ou non (allant de 16 à 46 semaines). **IJ égale au salaire journalier des 3 derniers mois** plafonnée à 80,04€ au 1er janvier 2012	Cesser son activité au moins 8 semaines. Etre immatriculée en tant qu'assurée sociale depuis au moins 10 mois à la date prévue de l'accouchement, quotités de travail et de cotisations minimales.
Invalidité	CNAM	Classement en catégories (**invalidité partielle reconnue**) 1 à 3. Pension mensuelle, pourcentage (30 à 50) du salaire des 10 meilleures années, plafonnées, +/- majoration tierce personne. De 276,39 € mensuels en catégorie 1 à 1515,50 + 1082,43€ (majoration tierce personne) mensuels en catégorie 3 au 1er avril 2012	Ne pas avoir atteint l'âge de la retraite, avoir une capacité de travail ou de revenus diminuée de 2/3, être immatriculé depuis au moins 12 mois et justifier de la quotité de travail nécessaire.
Décès	CNAM	Capital versé aux ayants droits = 90 fois le gain journalier de base, plafonné à 25% du plafond annuel de la sécurité sociale et supérieur à 1%	Durant les 3 mois précédant le décès : activité salariée ; indemnisation par Pôle Emploi ; pension d'invalidité ou rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ; situation de maintien de droits.

Tableau 2. Organisation de la prévoyance obligatoire des médecins libéraux de secteur 1
* 17,18,19

Risque	Caisse	Prestations	Conditions
Incapacité	CARMF CPAM	IJ **à partir du 91è jour d'incapacité**. Montants selon les classes de cotisations, allant de 62,15 à 124,30€ en 2012. Prestations en nature (remboursement des soins et actes médicaux selon le TM) **AT/MP : pas de couverture obligatoire**	Avoir cessé temporairement pour cause de maladie ou d'accident l'exercice de la profession, **déclarer son arrêt de travail avant l'expiration du 2e mois suivant la date de cessation** (ou dans les 15 jours s'il s'agit d'une rechute), faute de quoi le point de départ du droit à cette prestation ne peut être fixé qu'à compter du 31e jour suivant la déclaration ou 15e jour s'il s'agit d'une rechute. être à jour de ses cotisations. À défaut les droits sont ouverts au 31e jour suivant la date de mise à jour du compte s'il n'y a pas eu de reprise d'activité. En cas de maladie ou d'accident antérieur à l'affiliation à la CARMF, des indemnités journalières à des taux réduits sont versées
Maternité	CNAM**	Allocation forfaitaire de repos maternel égale au plafond mensuel de la SS versée en 2 fois IJ forfaitaires pendant le congé maternité, durée identique aux salariées 1/60,84 du montant du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur	Sans condition de cessation d'activité Cesser toute activité rémunérée pendant au moins huit semaines, dont deux avant l'accouchement
Invalidité	CARMF	Pension d'invalidité + majorations selon le nombre d'enfants à charge, le conjoint ou la nécessité d'une tierce personne. de 11405 à 22810€ annuels selon la classe de cotisations. Rente annuelle aux enfants à charge.	**Invalidité totale et définitive seule reconnue**. Le médecin doit avoir cédé son cabinet médical, ou à défaut procédé à sa fermeture définitive. Etre âgé de moins de 60 ans et à jour de toutes ses cotisations obligatoires au moment de l'arrêt de travail. Si l'origine de la maladie ou de l'accident est antérieure à la demande d'affiliation à la CARMF, et si le médecin ne justifie pas de 8 trimestres d'affiliation, la pension d'invalidité n'est pas accordée. Le montant est réduit du tiers si ce médecin justifie de 8 à 15 trimestres d'affiliation.

Décès	CARMF	Capital décès 39000€ en 2012 versé en une fois Rente temporaire au conjoint survivant si âgé de moins de 60 ans Rente aux enfants à charge jusqu'à 21 ans Pension de réversion au conjoint survivant si âgé de plus de 55 ans	Médecin décédé non retraité, à jour de ses cotisations. Dossier fait par le conjoint, examiné par la CARMF. Conjoint survivant : justifiant de deux années de mariage avec le médecin au moment du décès. A défaut de conjoint survivant, il est versé aux enfants âgés de moins de 21 ans et/ou majeurs infirmes à la charge totale du défunt, ou à défaut au père et/ou à la mère du médecin à la charge du défunt
	CNAM	Idem régime général	

* Et médecins de secteur 2 ayant signé l'option de coordination avec la CPAM
* * Depuis le 1er juin 2006.

Par ailleurs, les dispositions du code du travail[20] prévoient pour les salariés un complément de salaire versé par l'employeur afin de garantir un maintien de salaire (90% du salaire brut pendant les 30 premiers jours, puis 2/3 de la rémunération pendant les 30 jours suivants). Il peut être financé par l'employeur directement, ou par une assurance à laquelle il cotise. Ces dispositions du code du travail sont applicables aux salariés de plus d'un an d'ancienneté et on applique un délai de carence de 7 jours, mais ces périodes peuvent être réduites dans le cadre de conventions collectives qui s'appliquent lorsqu'elles sont plus favorables au salarié que le code du travail. Ceci ne rentre pas directement dans le cadre de la protection obligatoire mais les salariés en bénéficient automatiquement et se retrouvent ainsi dans la majorité des cas dans une situation de maintien de salaire en cas de maladie pendant le premier mois d'arrêt.

Le médecin salarié

Les statuts sont extrêmement variés selon le lieu d'exercice et le poste[7]. Schématiquement, les médecins hospitaliers titulaires[21] et les médecins salariés de la fonction publique[22] bénéficient d'un traitement équivalent à 100% du salaire pendant les 3 premiers mois, puis à 50% pendant les 9 mois suivants (sauf longue maladie, maladie de longue durée : traitement taux plein prolongé de 1 à 3 ans, puis diminué de moitié). Le congé maternité est en règle générale indemnisé à taux plein. En cas de décès, les médecins hospitaliers peuvent prétendre au capital de la sécurité sociale et à

un capital versé par l'IRCANTEC. Pour les médecins ayant une activité universitaire[21], les émoluments hospitaliers en cas d'arrêt ne sont versés que pendant 3 mois, puis c'est le statut universitaire qui prime avec indemnisation à 50% du salaire pendant 9 mois, et capital décès versé uniquement par l'université. Les praticiens hospitaliers contractuels ou provisoires ne bénéficient pas des garanties statutaires et ne touchent que les indemnités journalières de la Sécurité Sociale. Dans le secteur privé, les médecins salariés bénéficient de la Sécurité Sociale mais aussi parfois de dispositions complémentaires inhérentes à leur contrat leur garantissant comme aux cadres des compléments d'indemnisation[7]. Néanmoins si la structure d'emploi est petite (moins de 50 salariés) le médecin ne bénéficie souvent que des indemnités de la Sécurité Sociale et il existe des contrats courts ou précaires qui n'incluent pas ce genre d'avantages.

Le cas particulier du médecin remplaçant

Il existe plusieurs cas de figure. Le remplaçant peut être étudiant non thésé, exerçant encore en tant qu'interne rattaché à un CHU (remplacements pendant une période de disponibilité, vacances, gardes…). Non inscrit à la CARMF il est affilié au régime général par son employeur (CHU de rattachement), son activité de remplaçant étant le plus souvent marginale. Il bénéficie à ce titre d'une cotisation retraite prise en charge par son employeur et du régime des travailleurs salariés. Il doit néanmoins s'inscrire à l'URSSAF à compter du 8è jour de remplacement en tant que travailleur indépendant[13]. Son régime en termes de prévoyance est celui des salariés des hôpitaux. Le remplaçant peut également n'être pas encore thésé mais exercer son activité de remplaçant de manière exclusive après avoir fini ses études à la faculté. Là encore il n'est pas inscrit à la CARMF, et le plus souvent n'est plus affilié au régime général de sécurité sociale par son employeur. Il doit s'inscrire alors à la sécurité sociale étudiante le temps de pouvoir passer sa thèse et s'affilier au régime des PAMC (ce qui ne peut être effectué qu'après 30 jours de remplacement effectifs, non forcément consécutifs). Tant qu'il est inscrit à l'université pour passer sa thèse, c'est son statut d'étudiant qui prime sur les autres régimes éventuels (salariat…). Dans ce cas il ne cotise pour aucune prévoyance obligatoire et ne peut prétendre à des indemnités journalières. Il lui appartient donc de souscrire un contrat auprès d'un organisme privé ou mutualiste qui peut accepter de le couvrir temporairement comme un médecin affilié à la CARMF[23]. Enfin le remplaçant thésé a normalement obligation de cotiser auprès de la CARMF, et est normalement affilié au régime des PAMC sauf remplacement de moins de 30 jours. Sa protection

rejoint alors celle du médecin libéral installé, avec en plus quelques restrictions dans les contrats proposés par les assureurs dans le cadre de sa protection facultative[23].

On voit donc que la différence essentielle qui existe entre la situation du médecin libéral et celle d'une grande partie des travailleurs français consiste en une absence totale de couverture en ce qui concerne le risque d'incapacité de travail liée à la maladie ou à l'accident d'une durée de moins de 3 mois, et pour les femmes à la grossesse lorsqu'elle ne rentre pas dans le cadre du congé pathologique ou maternité. Ce qui revêt un caractère obligatoire pour le salarié du régime général devient facultatif pour le médecin libéral, c'est à dire qu'il lui revient de se prendre en charge lui même par un complément de couverture non institutionnalisé. Par ailleurs le médecin doit anticiper et déclarer son interruption d'activité à la CARMF avant même le délai de 90 jours s'il veut toucher l'indemnité prévue ensuite. Pour ce qui est de l'invalidité et du décès on peut dire que les prestations se rejoignent avec des rentes plus avantageuses pour le médecin, même si leur versement reste suspendu pour le libéral à la condition d'être à jour de ses cotisations alors que les bénéficiaires du régime général en bénéficient de manière quasi automatique.

1.3 Les différents acteurs de la couverture « facultative » du médecin libéral

Assurances et mutuelles privées[24] : il en existe une multitude. Les acteurs sont des assureurs (régis par le code des assurances) et mutuelles (à but non lucratif), tout public ou spécialisés dans les professions de santé (MACSF, la Médicale de France, Groupe Pasteur Mutualité, la Mutuelle du Médecin, Ampli Mutuelle… liste non exhaustive). Des organismes associatifs (tels l'UNIM) négocient également des contrats auprès de groupes privés. Les offres proposent des indemnités journalières en cas d'interruption de travail pour raisons de santé, certains contrats proposant également une couverture du risque accident du travail et maladie professionnelle. Ils appliquent un délai de carence qui varie selon la situation médicale : en règle générale 15 jours minimum en maladie (8 jours chez la Médicale de France), 3 à 5 jours en hospitalisation, et souvent dès le premier jour en accident. Ces délais sont des délais minima, et peuvent être supérieurs selon le montant des cotisations choisies par le médecin. Le montant de l'IJ va de 7,50 à 400€ selon les contrats mais ne peut excéder le revenu perçu par l'assuré en période d'activité. La grossesse peut également faire l'objet de garanties complémentaires à celles du régime des PAMC par le versement d'un forfait, d'un

complément d'indemnité ou la prise en charge des grossesses « pathologiques ». Néanmoins il peut exister, et c'est le plus souvent le cas, des exclusions liées à l'état pathologique antérieur (questionnaire de santé pour les assureurs), à certaines pathologies (notamment psychiatriques : exclusion ou délai d'attente), à certains sports à risque (alpinisme, plongée…), ou des surprimes dans ces cas. Les garanties sont en général proposées dans un « package » comprenant également des garanties en cas d'invalidité, des rentes, un capital décès, venant compléter les prestations de la CARMF. Pour les remplaçants, le mode de travail « par intermittence » vient compliquer les contrats[23] car l'indemnité ne peut survenir que pour couvrir une période travaillée, et ne couvrira donc que les jours où le remplaçant était supposé être en exercice (intérêt de la signature de contrat de remplacement avec les dates) mais pas les périodes d'inactivité. Les coûts sont évidemment variables selon le risque et le type de contrat, selon le délai de carence choisi, et viennent dans tous les cas s'ajouter aux cotisations obligatoires, mais les contrats sont en général éligibles en Loi Madelin, c'est à dire déductibles du revenu professionnel imposable pour ce qui est de la part de la cotisation donnant lieu à des prestations sous forme de rente[25].

Tontines/contrats d'entraide entre associés: La tontine est « une opération par laquelle plusieurs personnes constituent par le paiement de cotisations un fonds commun, qui sera capitalisé et versé à l'échéance convenue aux survivants »[11,] traditionnellement utilisée en prévoyance pour constituer une épargne. Pour la situation qui nous occupe, il s'agit d'un contrat passé entre différents médecins sur le principe suivant *« Si l'un des membres est malade, nous nous engageons le temps de la maladie à couvrir partiellement les 90 jours de carence de la CARMF pour percevoir les indemnités journalières, en versant chacun la valeur d' 1 C par jour ».* Cela permet aux différents contractants de mutualiser les moyens. Un tel contrat doit être déclaré au conseil de l'Ordre des Médecins. Sur le plan fiscal, depuis 2010 les sommes reversées ne peuvent être déduites du chiffre d'affaires dans le calcul de l'impôt, ne pouvant constituer ni des charges ni des rétrocessions d'honoraires[26]. En contre partie les sommes reçues par le médecin malade ne sont pas soumises à imposition et ne sont pas prises en compte dans le calcul du chiffre d'affaires. L'avantage de ce type de couverture est qu'il n'existe pas de cotisation tant que l'événement ne survient pas. Cependant il faut prévoir suffisamment d'adhérents pour que l'indemnité journalière couvre les frais, mais pas trop ni pour une durée trop longue pour que le risque reste suffisamment minime et ne mette pas en péril son fonctionnement.

Auto garantie financière : ce moyen de prévoyance consiste à épargner des capitaux strictement privés dans le but de financer par exemple l'arrêt de travail de moins de 90 jours [27]. Il s'agit de provisionner sur un compte séparé une somme correspondant aux dépenses prévisibles afférentes aux charges personnelles et/ou professionnelles dues pendant la durée de l'arrêt en attendant les indemnités CARMF. L'avantage de ce mode de financement étant l'absence d'exclusions, l'éventuelle fructification de ce capital (si placé sur un compte rémunéré) si le risque d'incapacité ne survient pas et la diminution du recours à l'assureur privé[28]. Les inconvénients sont qu'il s'agit d'un moyen qui n'est utilisable que si le risque (notamment de maladie) est faible, car utilisable avec parcimonie et à reconstituer après utilisation.

Recours à un remplaçant : c'est souvent la priorité pour le médecin malade de trouver un remplaçant car cela lui permet d'assurer la continuité des soins tout en percevant une partie du chiffre d'affaires (« *une urgence quasiment plus urgente que celle de se faire soigner »[6])*. Néanmoins si cela peut se concevoir lors d'une hospitalisation programmée, d'un congé maternité ou d'un arrêt de longue durée, le remplacement est souvent difficile à trouver dans les situations d'urgence ou ponctuellement « à la dernière minute ». Certains organismes tels Médiasanté proposent des contrats afin de mettre à disposition des praticiens des remplaçants disponibles « au pied levé »[29] mais la prestation s'avère payante pour le médecin. Dans les cas d'urgence les rétrocessions pratiquées (qui peuvent dans ce cas aller jusqu'à 100%) ne permettent alors plus au médecin remplacé de payer même une partie des charges de son cabinet. Hors le cas d'urgence, les rétrocessions pratiquées (de 60 à 80% en général) sont là aussi nécessairement insuffisantes pour le médecin. Cette méthode ne peut donc être considérée comme une solution financière, mais uniquement comme le garant de la continuité des soins pour le patient.

AVAT: Le médecin peut souscrire auprès de la CPAM cette assurance qui permet dans le cadre des accidents du travail le remboursement des soins et actes médicaux à 100% comme pour les salariés ainsi qu'un capital ou une rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale[30]. Cependant elle ne donne droit à aucune indemnité journalière dans le cadre de l'arrêt qui en découle, ni au versement de capital en cas d'IPP < à 10%. Son montant est recouvré par l'URSSAF, calculé en fonction du revenu antérieur et adapté les années suivantes. En 2005 à titre d'exemple la cotisation était de 290 euros annuels pour la première année d'exercice. Les organismes ordinaux et administratifs en font souvent la publicité auprès des praticiens, néanmoins les assureurs privés proposent

également des prestations adaptées à cette situation, et incluent des indemnités journalières, avec une période de carence variable selon le contrat. Cette AVAT ne peut donc être considérée comme un moyen de prévoyance à part entière et son intérêt est même remis en cause par certains auteurs vu le peu de garanties offertes comparé aux salariés[31].

1.4 Données de la littérature sur l'imprévoyance des médecins

Les études sur la santé des médecins

Différentes thèses de médecine générale ont été menées ces dernières années sur la santé de notre profession mais peu se sont consacrées à cet aspect de l'exercice libéral. Néanmoins on trouve dans ces travaux quelques données essentiellement qualitatives allant dans le sens d'une difficulté pour les médecins qui se trouvent confrontés à cette situation.

Dans sa thèse en 2006, Romain Suty avait mené une enquête descriptive auprès de 530 médecins généralistes libéraux de Meurthe et Moselle[2]. Si celle-ci avait pour vocation de décrire les comportements de santé de cette population, on pouvait y trouver quelques questions sur les arrêts de travail. Sur les 283 médecins interrogés, 25 avaient eu un arrêt de travail dans l'année précédente et la durée moyenne était de 50 jours. Il n'y avait pas de question sur leur prévoyance mais plus de 97% avait une complémentaire santé. Les médecins pouvaient de manière libre s'exprimer sur le sujet d'étude et on trouve quelques remarques sur les difficultés à s'arrêter en libéral, les difficultés financières, et une sur le système de prévoyance du médecin généraliste :

- Femme de 31 ans : *« difficultés ++ des arrêts de travail en libéral, donc on tire sur la corde. »*
- Homme de 54 ans : « *Il est interdit pour un médecin de tomber gravement malade... L'arrêt de travail est difficile à gérer professionnellement et financièrement => DONC TRAVAILLER et ne pas s'écouter.* »
- Homme de 49 ans « *Le médecin généraliste (...illisible...) de la sécurité sociale à longueur d'année alors que lui-même n'est inscrit au régime général que par le biais de son conventionnement (c'est à dire qu'il cotise seulement une partie de sa couverture sociale, mais que c'est quand même lui qui s'assure lui-même) est-ce normal ?* »

Dans une thèse similaire d'Elodie Vallet en 2009 (étude descriptive des comportements de santé auprès des médecins généralistes des Bouches du Rhône)[32], on trouve les

mêmes remarques sur des arrêts non pris ou écourtés ainsi que sur le problème de la prévoyance spécifique au médecin généraliste, et 87% de médecins couverts par une complémentaire santé. Il n'y avait pas de question spécifique sur la prévoyance.

Dans la thèse de Lauriane Claustrat en 2010 sur la maternité des femmes médecins généralistes libérales[33], 10 des 24 praticiennes interrogées n'avaient souscrit aucune couverture en complément de la CARMF et du congé offert par la CPAM. Ceci avait d'ailleurs une influence directe sur la durée du congé pris par les praticiennes, avec un allongement des congés pris en prénatal chez les médecins ayant souscrit une assurance, laquelle permettait de prendre en charge les grossesses pathologiques en dehors du cadre des 2 semaines prévues par la CPAM. Cinq praticiennes avaient souffert de pathologie gravidique dont 4 avaient touché une indemnité par une assurance complémentaire (l'une d'elle a jugé cette aide rétrospectivement comme essentielle), et 3 par la CARMF du fait d'un arrêt supérieur à 90 jours. L'une des praticiennes déplorait un manque d'information de la part de la CARMF. Soixante dix neuf pourcent des praticiennes avaient écourté leur congé légal indemnisé. Pour 92% les raisons étaient avant tout économiques, le montant des indemnisations prévues par la législation étant jugé insuffisant pour 58,3% des praticiennes interrogées dans l'étude.

En 2011, Sandra Bonneaudeau[6] a mené des entretiens auprès de 13 médecins généralistes dans le cadre d'une étude qualitative sur le médecin malade. La question de la protection sociale était évoquée. Chez 6 sur 13 médecins on trouve des réflexions allant dans le sens d'une mauvaise protection des médecins, et pour certains d'imprévoyance :

- « *Je leur conseille de prendre une assurance quand vous vous installerez. La connerie c'est moi qui l'ai faite c'est-à-dire arriver sans assurance complémentaire en cas d'arrêt maladie* ».
- *« Négligence de la couverture sociale ça peut vite se remettre à zéro »*
- *« Si on reprend la moindre activité, on nous sucre nos indemnités journalières, c'est-à-dire que le système de mi temps thérapeutique n'existe pas »*
- *«J'ai toujours cotisé à une prévoyance, j'ai une large famille, c'est une grande responsabilité et je ne peux pas me permettre de m'arrêter et ne pas avoir d'honoraires »*
- *« Il y avait une franchise de 15 jours avant de toucher le moindre centime, j'ai travaillé 3 jours avant d'accoucher »*

Publications ordinales

Le rapport du CNOM de 2005 « L'imprévoyance »[10]

Le but de ce colloque organisé à l'initiative du CNOM et de la CARMF était avant tout d'apporter une information aux médecins, le message principal étant « la CARMF est une institution obligatoire, nécessaire, mais pas toujours suffisante ».

Se basant sur des cas réels rencontrés par le Fond d'Action Sociale de la CARMF[10], le colloque donnait des exemples d'imprévoyance à divers degrés à l'échelle de la couverture obligatoire :

- une imprévoyance « totale » : cas d'un médecin de 33 ans non inscrit au CNOM ni à la CARMF qui décède d'un accident, laissant épouse et enfants sans aide financière possible, le cas d'un autre médecin de 42 ans en arrêt maladie depuis plusieurs mois, non à jour de ses cotisations CARMF ne pouvant bénéficier du versement d'indemnités journalières. Ou encore ce médecin victime d'un accident invalidant, non à jour de ses cotisations et dont le plan de régularisation auprès de la CARMF n'est pas non plus respecté ; il ne peut prétendre à aucune indemnisation de son arrêt de travail.
- Une imprévoyance « relative » : cas d'un médecin de 53 ans à jour de ses cotisations obligatoires victime d'un accident de sport entrainant un arrêt de travail long. Pendant 90 jours son bilan est fortement déficitaire du fait des frais généraux qui continuent à courir, puis toujours déséquilibré malgré les indemnités de la CARMF qui ne suffisent pas à couvrir les frais. Il est obligé de vendre des biens personnels malgré l'intervention du Fond d'Action Sociale de la CARMF et reste durablement endetté. Il n'a pas pensé à souscrire une couverture complémentaire.
- Une imprévoyance « technique » : Un médecin à jour oublie de déclarer sa maladie parce que cela lui paraît bénin a priori. Il pense pouvoir reprendre son activité assez vite. Il la reprend au bout de deux mois, retombe malade deux ou trois mois après. Il est obligé d'attendre à nouveau le délai de quatre-vingt-dix jours puisqu'il n'y a pas eu de déclaration lors du premier épisode. Cela lui aura valu de perdre deux mois d'indemnités journalières, ce qui, à côté de la maladie, aggravera son problème budgétaire.

Ces exemples ressemblent, de l'aveu des organisateurs, à des « histoires de chasse ». Cependant d'après le Dr André Léon, alors président de la commission nationale

d'entraide du CNOM *« chaque semaine, plusieurs demandes d'aide parviennent au Conseil National pour des situations parfois dramatiques. Je rêve du jour où ces demandes seront devenues exceptionnelles »* mais il n'y a pas dans cette publication de données chiffrées.
Les conclusions du rapport étaient qu'au moins une fois par an, chaque médecin devrait, avec sa famille, examiner et comparer dépenses et recettes et en tirer les conclusions pour compléter ce qui est prévu obligatoirement par la CARMF - non suffisant – et s'adresser à une mutuelle ou à des assurances privées, ou prévoir des tontines.

Le rapport de la commission nationale permanente du CNOM « le médecin malade »[7]
En 2008, pour faire suite à 2 précédents rapports de 2000[1] et 2004[34], le CNOM faisait un tour d'horizon des pathologies spécifiques à la profession mais aussi des conséquences de la maladie pour le médecin sur son activité.
Il semblerait d'après celui-ci que la gestion financière et le maintien de son activité libérale soit encore un souci majeur pour le médecin lorsqu'il est face à cette situation *« Le médecin a, trop souvent, une prévoyance mal organisée et sous évaluée par rapport aux besoins nécessaires au chiffre d'affaires et au montant des frais professionnels (…) En dehors de la CARMF qui ne se déclenche qu'au bout de 90 jours et qui est largement insuffisante pour couvrir même les frais professionnels, il apparaît qu'un grand nombre de médecins malades se retrouve dans une situation extrêmement difficile par manque de prévoyance, en pratique par manque d'assurance complémentaire. »*. Cette assertion n'est néanmoins pas documentée.

Entraide et données CARMF
D'après Nicole Bez, vice présidente de l'URPS Rhône Alpes et administratrice pour la CARMF Rhône Alpes, en 2011, 117 médecins libéraux n'étaient pas à jour de leurs cotisations obligatoires sur la région. En 2011 la CARMF a traité 655 dossiers représentant 4 millions d'euros de majorations de retard dues à la caisse au niveau national[35]. D'après la caisse, seules 2,22% des cotisations n'avaient pas été réglées en 2011 et ce chiffre est en baisse constante depuis 2007[36].
En 2004, le FAS de la CARMF avait traité 284 dossiers, soit 0,15% des effectifs des cotisants ce qui est marginal, mais représentait un budget de 967 604€[10]. En 2011, il a traité 1768 dossiers, accordé 1576 aides et versé 2,64 Millions d'euros[35].
L'AFEM, organisme associatif doté d'un budget annuel d'un million d'euros consacre chaque année 90% de son budget à l'aide aux enfants et familles de médecins en difficultés financières suite à un drame familial. En 2006, 248 familles en ont bénéficié[37].

On voit à la lecture de ces différents travaux qu'il y a plusieurs niveaux d'imprévoyance pouvant conduire à l'absence de couverture financière de ces situations :

- **Une imprévoyance totale : l'absence de couverture obligatoire par défaut d'inscription ou non/retard de paiement des cotisations**
- **Une imprévoyance relative : l'absence de couverture facultative**
- **Une imprévoyance technique : l'absence de déclaration administrative de la situation d'arrêt pouvant entraîner un retard dans les prestations.**

Il semble qu'à l'échelle de la couverture obligatoire, malgré le rapport alarmant du CNOM et de la CARMF, les chiffres nous montrent un phénomène certes coûteux mais plutôt marginal. Le problème de la négligence des praticiens semblerait donc se situer à l'échelle de la couverture dite « facultative » mais tout du moins obligatoire à souscrire pour s'aligner sur la protection offerte aux bénéficiaires du régime général.

Or il existe très peu de données sur cette couverture facultative des médecins libéraux, car elle est gérée par des organismes très divers et en général privés. Aucune étude n'a à ce jour été menée pour avoir des chiffres sur l'importance et les déterminants de ce phénomène. Il nous a donc paru intéressant d'interroger directement les médecins généralistes libéraux de la région Rhône Alpes sur leur protection individuelle facultative et leurs connaissances du système de prévoyance afin de décrire l'importance de ces attitudes et d'aider les médecins le cas échéant.

Afin de simplifier notre travail, nous avons choisi de n'étudier que le cas plus fréquent de l'interruption de travail en accident ou maladie chez le médecin libéral déjà installé vu les particularités du régime des remplaçants.

2è Partie : MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude : il s'agissait d'une étude transversale descriptive menée dans la région Rhône Alpes.

L'objectif principal de ce travail était d'étudier le comportement de prévoyance des médecins libéraux dans le cadre des interruptions d'activité liées à la maladie ou l'accident, en excluant la grossesse normale et l'accident du travail.

L'objectif secondaire était d'essayer de mettre en évidence de potentiels facteurs pouvant contribuer à leur attitude.

2.2 Méthode de sélection de l'échantillon

Nous avons choisi de nous intéresser au comportement des médecins généralistes libéraux installés de la région Rhône Alpes ayant une activité libérale majoritaire et exerçant en secteur 1. D'après l'Atlas de la Démographie Médicale 2011 (disponible au moment du protocole)[38], 64,5% des 9466 généralistes étaient libéraux ou mixtes à dominante libérale. En considérant 92% de médecins exerçant en secteur 1 on peut donc évaluer à 5616 le nombre de médecins généralistes constituant notre population cible.

Le nombre de sujets à inclure a été calculé à l'aide du logiciel Epiinfo. En prenant pour hypothèse la plus pessimiste une prévalence de 50% de médecins imprévoyants, un intervalle de confiance, une précision et un risque α de 5% sur notre population de 5616 sujets, nous arrivions à 360 sujets à inclure.

Nous avons fait appel pour obtenir un listing des médecins à l'Union Régionale des Professionnels de Santé de la région Rhône Alpes, à laquelle tous les médecins libéraux installés cotisent de manière obligatoire (cotisation comprise dans la cotisation URSSAF).

Il nous a été proposé d'envoyer le questionnaire par mail aux médecins généralistes dont le collège des médecins généralistes de l'URPS avait l'adresse, soit 1521 adresses, un envoi postal étant trop coûteux.

En nous basant sur un taux de réponses espéré de 20% nous arrivions à environ 300 réponses ce qui approchait de notre échantillon cible et nous avons donc retenu cet effectif de départ.

Suite au premier envoi qui avait recueilli un faible taux de réponse, il nous a été proposé par la vice présidente de l'URPS de diffuser ce questionnaire également via une deuxième mailing list par le biais de la section Rhône Alpes de MG Form, branche du syndicat MG France chargée d'organiser des formations continues pour les médecins généralistes libéraux. Cette liste est constituée par les adresses mails recueillies lors des

formations en région ou par internet, que les médecins participants soient ou non adhérents au syndicat MG France. Elle contenait 2156 adresses mail. Nous avons décidé de répondre favorablement pour augmenter nos chances d'atteindre la taille de l'échantillon cible (en sachant qu'il était possible que les deux listes se recoupent, mais il était demandé aux médecins de ne répondre qu'une fois à cette étude).

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral de Rhône Alpes inscrit dans les listes de diffusion de l'URPS et de MG Form section Rhône Alpes.

Les critères d'exclusion étaient la pratique d'une activité mixte salariée majoritaire (plus de 50% du temps de travail), l'exercice en secteur 2 ou non conventionné, les médecins collaborateurs.

Nous avons également exclu les médecins remplaçants (essentiellement dans la mailing list de MG France) car le questionnaire n'était pas au départ conçu pour eux, et car leur situation est légèrement différente de celle du médecin installé selon leur situation.

Nous avons exclu les questionnaires incomplets ou incohérents.

2.4 Méthode d'intervention

Le questionnaire (disponible en **Annexe 1**) a été conçu sur le serveur Google Documents ce qui permettait l'envoi d'un lien pour accéder directement au questionnaire en ligne de manière anonyme et évitait d'avoir à télécharger un document pour le renvoyer ensuite.

Ce questionnaire comportait 29 questions, principalement de type QCM.

Trois questions permettaient de décrire la population en termes démographiques afin de la comparer ensuite aux médecins libéraux de Rhône Alpes selon l'Atlas de la démographie médicale.

Deux questions portaient sur les critères d'exclusion (activité salariée et secteur de conventionnement).

Dix sept questions interrogeaient directement les médecins sur leurs comportements de prévoyance, leurs connaissances et leur rapport à l'arrêt d'activité pour tenter de discerner des facteurs influençant leurs comportements. Il nous a paru intéressant d'interroger ces médecins à la fois sur leur système de prévoyance mais aussi sur leur attitude effective en cas de maladie, la théorie pouvant différer de la pratique.

Six questions concernaient le mode de vie familial et le suivi médical, facteurs susceptibles d'influencer ces comportements.

Enfin il était laissé un champ libre pour les commentaires et remarques personnelles sur le sujet.
Le questionnaire a été testé sur 12 médecins généralistes au mois de mars 2012 avant d'être définitivement envoyé à l'URPS pour validation avant diffusion.
Le questionnaire a été envoyé par l'URPS le 2 avril 2012, suivi de 2 relances. Du côté de MG France le questionnaire a été envoyé le 2 mai 2012 suivi de 2 relances intermédiaires.
Les dates de relance ont été choisies de manière à favoriser les réponses étant donné la période qui incluait les vacances scolaires et les ponts de mai.
Le recueil des réponses s'est échelonné sur 2 mois à partir de la première date d'envoi pour chacun des questionnaires.
Il était demandé aux médecins qui avaient déjà répondu par le biais de l'un des deux organismes de ne pas répondre une deuxième fois à l'enquête mais nous ne pouvons éliminer formellement cette possibilité.

2.5 Méthode d'évaluation, Critères de jugement :

Pour définir l'état de la prévoyance des médecins généralistes, notre critère principal était la souscription ou non d'une solution pour couvrir le délai de carence de la CARMF.
Nous avons choisi comme critère secondaire un score composite établi sur 4 items pouvant conduire le médecin à des situations d'imprévoyance « technique » :

- Déclaration des arrêts à la CARMF : nous avons attribué 1 point à tous ceux qui ne déclaraient pas leurs arrêts à la CARMF
- Connaissance du délai de carence de la CARMF : nous avons attribué 2 points à tous ceux qui ne connaissaient pas le délai de 90 jours
- Connaissance des contrats de prévoyance : 1 point était assigné à ceux qui ne connaissaient pas les limites de leurs contrats ou n'avaient pas cité de délai de carence
- Réévaluation des indemnités : pour ceux ayant souscrit une assurance/mutuelle versant des indemnités journalières et installés depuis plus de 5 ans, nous avons attribué 1 point en cas de réévaluation de leur contrat il y a 5 à 10 ans, 2 points au delà de 10 ans ou en cas d'absence de réévaluation depuis leur installation.

Le score obtenu était compris entre **0 et 6**, allant du moins au plus négligeant.

2.6 Méthode d'analyse statistique

Les réponses des médecins ont été automatiquement insérées par le serveur dans un tableur Excel qui a ensuite servi de base pour l'analyse statistique.

La cohérence des réponses a été vérifiée questionnaire par questionnaire, manuellement. Nous avons exclu les questionnaires dont les réponses étaient incomplètes ou incohérentes et avons pris le droit de modifier la réponse lorsqu'il était évident qu'il s'agissait d'une faute de saisie (oui à la place de non quand les réponses suivantes étaient en contradiction par exemple).

Le questionnaire comportait une séquence de questions (questions 9 à 13) pour laquelle il fallait ou non répondre selon la réponse donnée à la question d'avant. Nous avons parfois constaté que les médecins avaient répondu à toutes les questions de cette séquence, aussi nous avons décidé de ne prendre en compte que les réponses cohérentes (si la réponse était non nous n'avons pas pris en compte la question suivante à laquelle il n'était pas censé y avoir de réponse dans ce cas, si oui prise en compte de la réponse suivante etc.).

Etant donné que nos réponses étaient issues de deux groupes différents il a été décidé pour chaque variable de comparer les réponses des deux groupes pour mettre en évidence d'éventuelles différences entre nos deux groupes.

Les variables qualitatives ont été décrites par les fréquences et les proportions, et les variables quantitatives par la médiane et l'espace interquartile (i.e., 25ème et 75ème percentiles). Les comparaisons entre les différents groupes ont été effectuées pour les variables qualitatives à l'aide du test du chi^2, remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectifs attendus inférieurs à cinq, et à l'aide du test non-paramétrique de Student pour les variables quantitatives continues. Le seuil de signification retenu était de 0,05. Les pourcentages ont été arrondis au centième près. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview et à l'aide du test de Fisher en ligne de l'université Pierre et Marie Curie, utilisant le logiciel R pour les tests à plus d'un degré de liberté. Pour les tests ayant un nombre de lignes trop important pour cet outil, la probabilité de Fisher a été approchée par celle du Chi 2 faute d'outil statistique assez puissant (le résultat est alors indiqué par une astérisque *).

3ème Partie RESULTATS

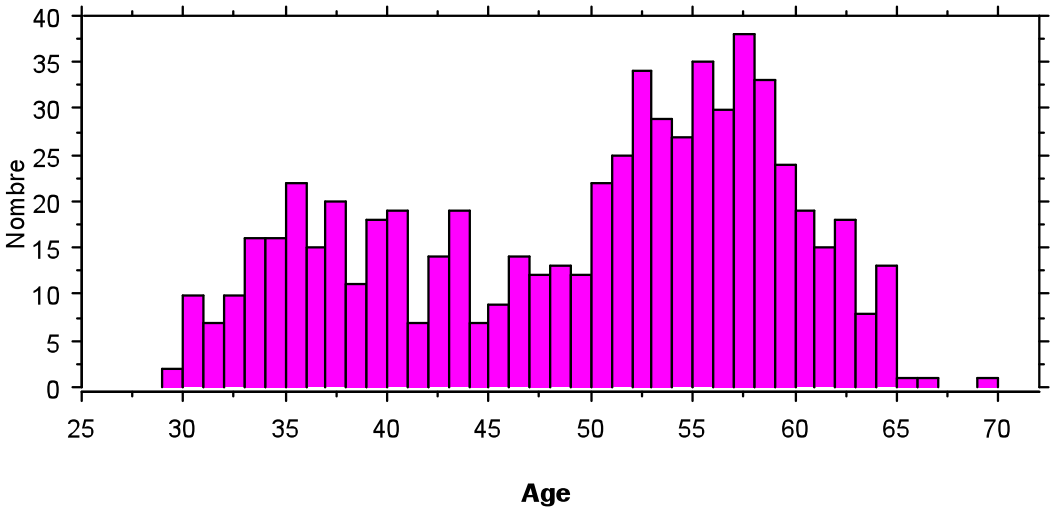
Sur les 1521 mails envoyés par l'UPRS, nous avons obtenu 265 questionnaires, soit un taux de réponse de 17,42% sur ce groupe.
Parmi ces 265 réponses, nous avons exclu 35 questionnaires : 5 étaient des médecins non conventionnés, 21 exerçaient en secteur 2, un médecin avait une activité salariée majoritaire, un médecin était en fait remplaçant et n'aurait pas du recevoir le mail de l'URPS (pas d'explication à sa présence dans le panel). Deux questionnaires étaient mal remplis (réponses incohérentes) et 5 étaient inexploitables car incomplets. Deux cent trente questionnaires ont été retenus pour l'analyse statistique.

Sur les 2156 mails envoyés par MG Form Rhône Alpes, nous avons obtenu 489 questionnaires, soit un taux de réponse de 22,68%.
Parmi ces 489 réponses nous avons exclu 73 questionnaires : 26 étaient des médecins exerçant en secteur 2, un était un médecin non conventionné, 18 correspondaient à des médecins remplaçants, deux médecins ont déclaré qu'ils étaient collaborateurs dans un cabinet. Quatre médecins étaient salariés à plus de 50% de leur activité. Trois questionnaires étaient mal remplis (réponses incohérentes) et 19 étaient incomplets (inexploitables). Quatre cent seize questionnaires ont été retenus pour l'analyse.

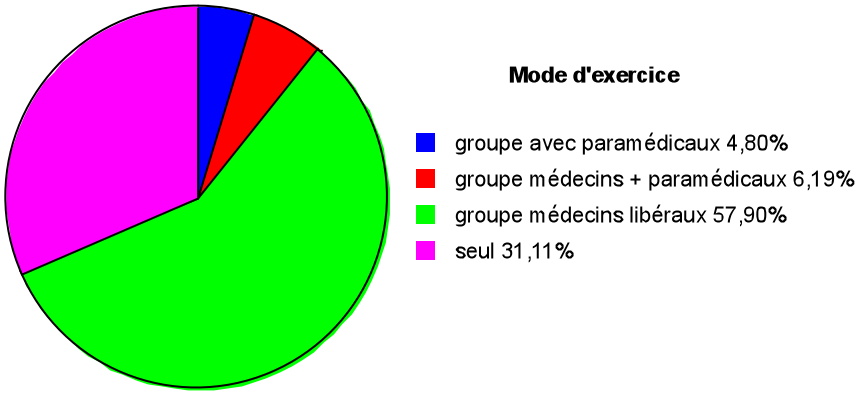
646 ont été exploités au total.

3.1 Eléments descriptifs (Annexes 2 et 3)

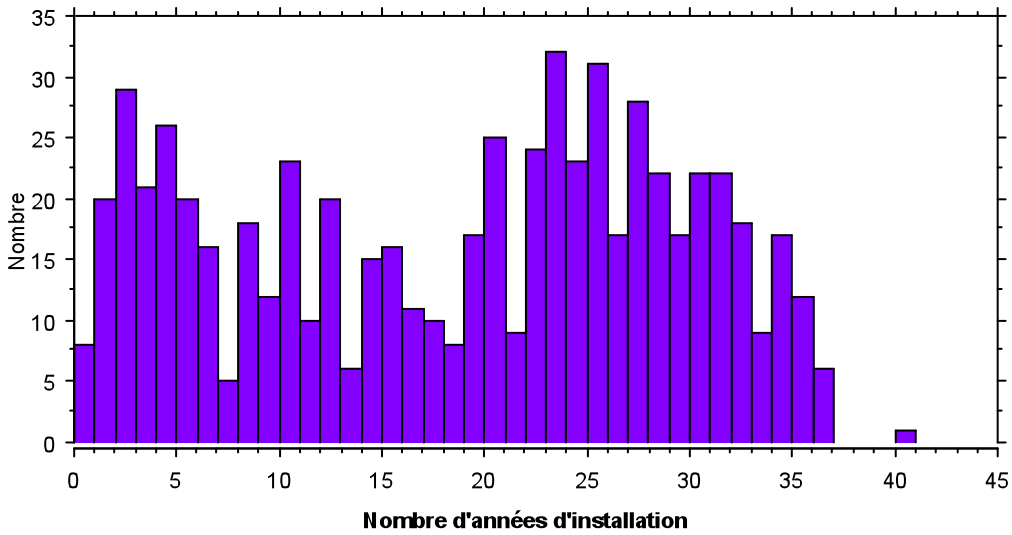
Démographie : Notre population était constituée à 52,79% d'hommes. La répartition des âges était globalement bimodale, avec deux pics à 35 et 57 ans, et des extrêmes allant de 29 à 69 ans. La médiane était de 52 ans.



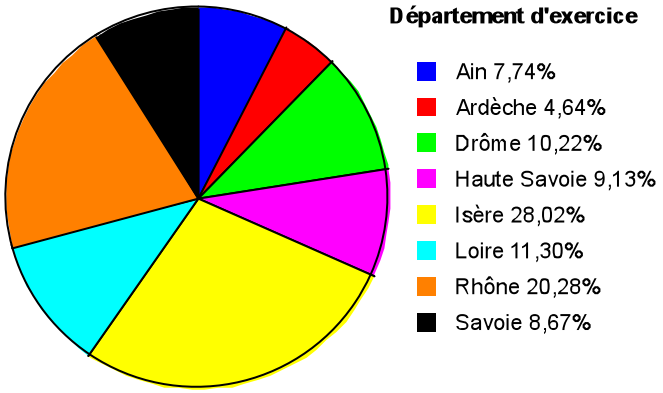
Exercice médical : 541 des 646 médecins interrogés (83,75%) exerçaient leur activité libérale de manière exclusive. Deux cent un (31,11%) médecins l'exerçaient seul, les autres (*n*=445) cohabitaient avec d'autres médecins ou paramédicaux dans leur exercice quotidien.



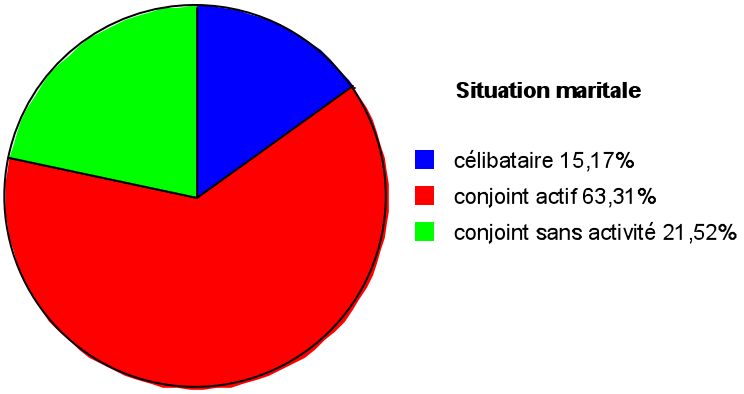
La durée d'installation allait de moins de un an à 40 ans, avec une répartition d'allure bimodale. Les pics d'installation étaient de 2 et 23 ans. La médiane était de 20 ans.



Lieu d'exercice : tous les départements de la région étaient représentés, avec une prépondérance de l'Isère et du Rhône qui constituaient à eux deux 48,30% du panel. Cette répartition n'était pas identique dans les deux panels interrogés, et se faisait au profit du département de l'Isère (35,22% des répondants) pour les répondeurs de l'URPS (p<0,001).



Vie familiale : 548 médecins (84,83%) vivaient en couple. Quatre cent quatre vingt seize (76,78%) avaient des enfants à charge. Deux femmes ont précisé qu'elles étaient veuves et non célibataires.

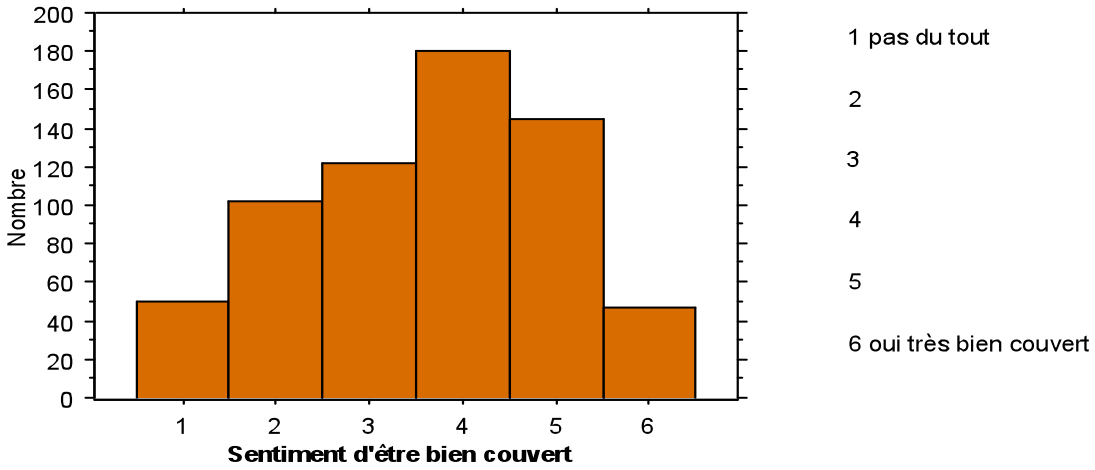


Suivi médical :

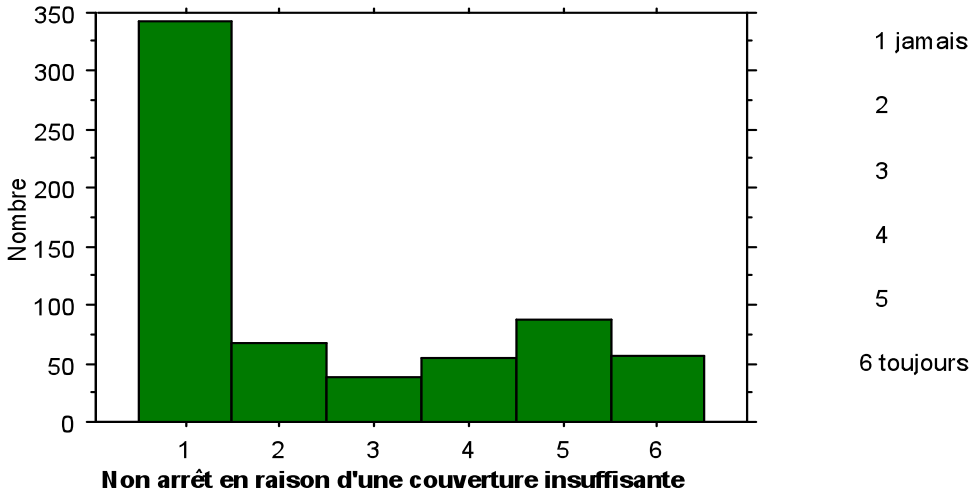
Quatre cent quatre vingt quinze sur 646 médecins interrogés n'avaient pas de médecin traitant « déclaré » soit 76,63%. Cent soixante six (25,70%) présentaient une pathologie chronique nécessitant un suivi.

Attitude face à l'arrêt de travail/la maladie :

Sur le sentiment concernant leur degré de couverture, la moyenne des réponses était de 3,63 sur une échelle allant de 1 à 6. Il existait une différence significative entre les panels MG Form/URPS, les médecins ayant répondu par MG Form semblant avoir une moins bonne opinion de leur couverture (*p= 0,0228*).



Le degré de couverture n'avait aucune importance dans la décision d'arrêt pour 342 médecins (52,94%).

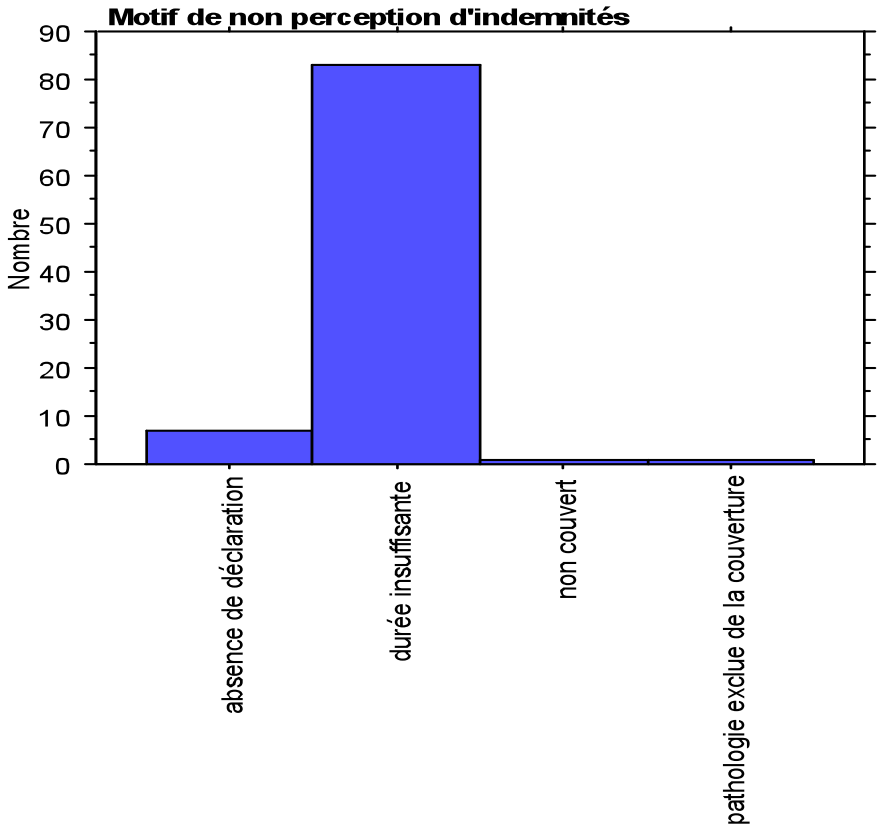


Durant les 5 dernières années, 322 médecins soit 49,85% de l'effectif avaient été dans une situation d'incapacité de travail par maladie ou accident.

Sur ces 322 médecins, 248 (soit 77,02%) se sont arrêtés de travailler, dont 156 ont perçu des indemnités journalières pour cet arrêt (62,90%). Ces derniers étaient significativement plus nombreux chez les répondeurs de MG Form (*p=0,0134*).

Les motifs de non indemnisation des arrêts étaient liés pour 90,21% à une durée insuffisante pour toucher une indemnisation. Un individu était exclu pour la pathologie ayant motivé l'arrêt et un a répondu qu'il n'était pas couvert sans préciser sa réponse.

Au total, 33,47% des arrêts n'ont pas été indemnisés pour durée insuffisante, et 48,45% des médecins malades ont perçu des indemnités journalières.



Pour les médecins qui ne se sont pas arrêtés en situation d'incapacité (*n*=74), le coût financier de l'arrêt de travail en tant que raison principale était invoqué à 45,95%. Pour 54,05% des médecins cette décision était motivée en premier lieu par d'autres raisons (telles la permanence des soins).

Deux cent trente huit médecins (36,84%) nous ont dit avoir connu à titre personnel une situation d'incapacité ayant eu des conséquences financières, et ils étaient 484 (soit 74,92%) à en avoir connu chez des collègues libéraux.

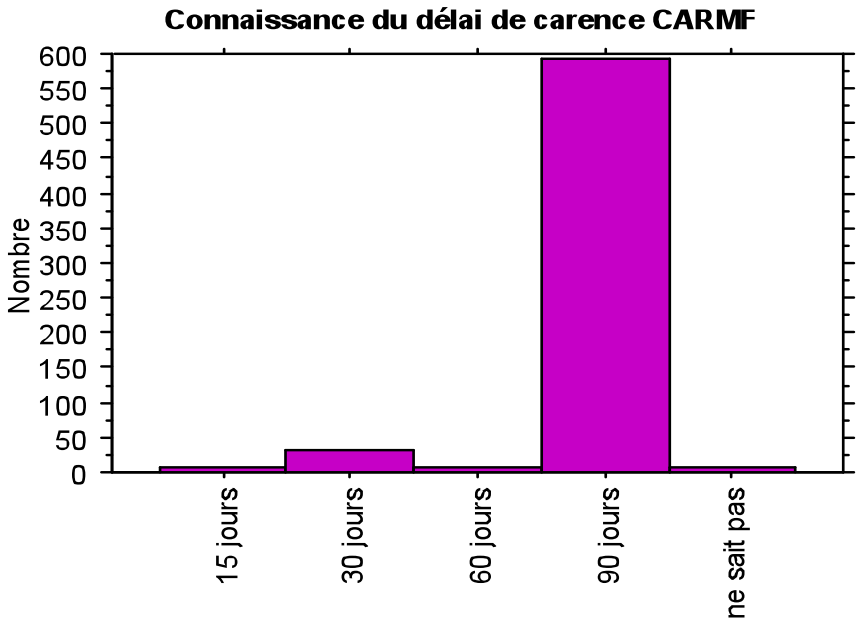
Les médecins interrogés disaient à 56,50% être sensibilisés personnellement sur le sujet de la prévoyance (365), dont 185 n'avaient pas d'autre source de conseil qu'eux mêmes. Les autres sources de conseil étaient par ordre de fréquence

- les organismes d'assurance et mutuelle (242)
- les confrères (219)
- la famille (77)
- la faculté ou séminaires de formation (56)
- les organisations professionnelles telles CARMF, CNOM, CPAM (42)
- les lettres d'information d'associations ou organismes privés (23)

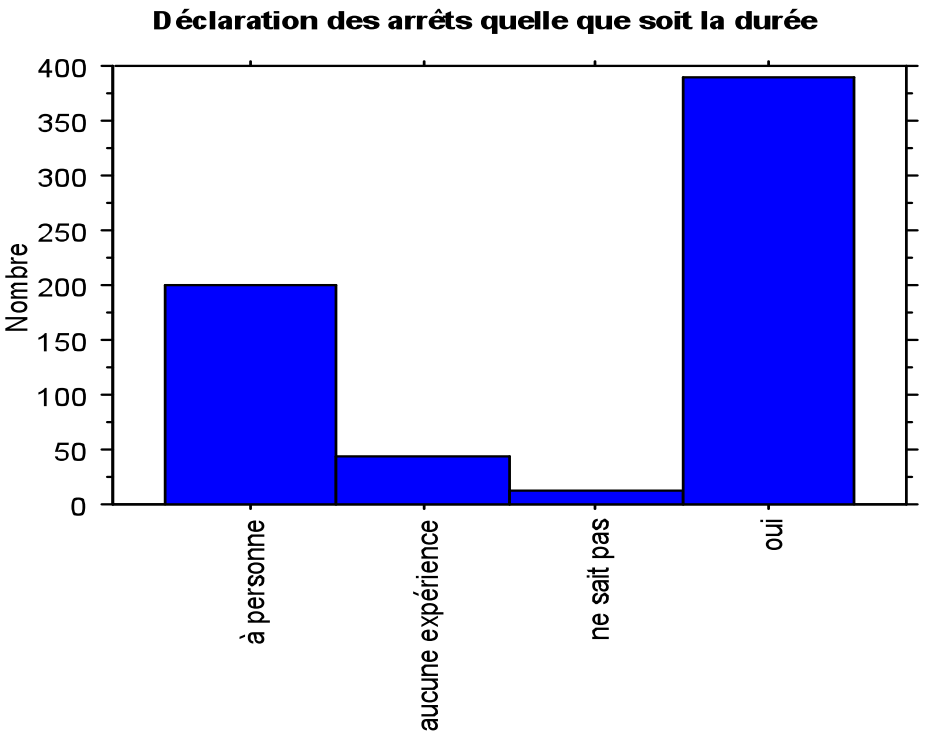
Vingt médecins ont répondu que personne ne les a jamais conseillé sur ce thème, 10 ont cité leur comptable/AGA ou conseiller financier, 5 leur syndicat, et un la presse.

3.2 Prévoyance et connaissance du système de couverture (Annexes 4 et 5)

Cinq cent quatre vingt douze médecins (91,64%) connaissaient le délai de carence de la CARMF pour le versement d'indemnités journalières. Sept ont admis qu'ils ne savaient pas, 47 ont donné un mauvais délai.



En ce qui concerne la déclaration administrative des arrêts de travail quelle que soit leur durée, 390 médecins (60,37%) nous ont dit déclarer ces arrêts.



Parmi les organismes cités pour la déclaration la CARMF arrivait en tête avec 69,74%, suivie de la CPAM pour 54,10% et le système personnel de prévoyance pour 37,44%.
Au total 374 médecins soit 57,89% du panel ne déclarait pas ses arrêts à la CARMF et 30,26% des médecins qui déclaraient leurs arrêts ne le faisaient pas au bon organisme.

Au sujet de la couverture financière du risque d'incapacité de travail, 618 médecins généralistes nous ont dit avoir prévu ou souscrit une couverture (95,67%).
Pour les 28 médecins sans couverture, les motifs étaient par ordre de fréquence

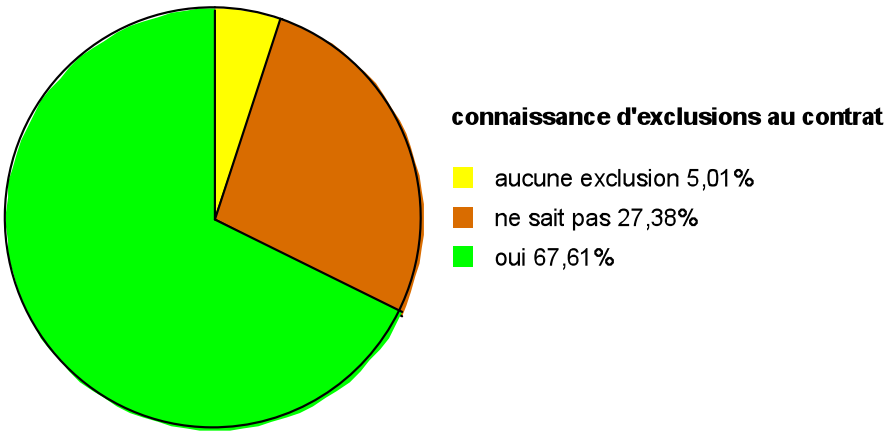
- le coût de la couverture (*n*=14, 50%)
- le manque de temps pour s'occuper des tâches administratives (*n*=12, 42,86%)
- le sentiment d'insouciance ou de confiance dans son état de santé (*n*=8, 28,57%)
- le manque d'information sur le sujet (*n*=7, soit 25%)

Etaient également citées les exclusions du système d'assurance pour antécédents pathologiques par 2 personnes, la méfiance envers les assureurs (une personne), les garanties insuffisantes proposées (une personne). Nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre l'absence de couverture et d'éventuels facteurs personnels ou liés au mode d'exercice (tableau en **Annexe 5**).
Parmi les solutions adoptées par les médecins qui se disaient couverts, et parfois associées, on retrouvait

- les assurances ou mutuelles versant des indemnités journalières pendant la période de carence CARMF adoptées par 599 personnes (96,93%)
- l'auto garantie financière utilisée par 7,44% (46 personnes)
- l'entraide confraternelle par le système de tontines ou contrats (5,50% soit 34 personnes).

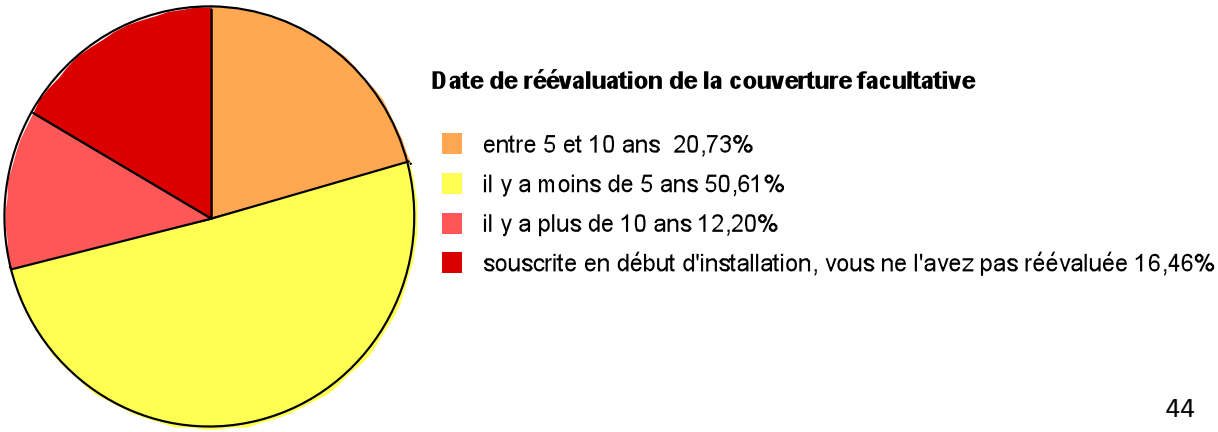
Etaient cités de manière plus marginale : l'assurance remplacement (2 personnes), l'assurance volontaire accident du travail (AVAT) qui était ici hors sujet (une personne), le remplacement comme source de revenus (une personne), des indemnités souscrites sur un prêt immobilier hors mutuelle ou assurance dédiée (une personne), les revenus des ascendants (sans autre précision, une personne). A noter que deux médecins avaient cité comme unique mode de couverture l'assurance remplacement pour l'un et l'AVAT pour l'autre, ce qui fait qu'ils n'étaient en réalité pas couverts, il y avait donc 30 médecins pouvant être considérés comme « imprévoyants », sois 4,64%.

Lorsque l'on interrogeait les médecins ayant adopté un système d'assurance ou mutuelle (*n*=599) sur leur contrat, 405 (67,61%) disaient lui connaître des exclusions.

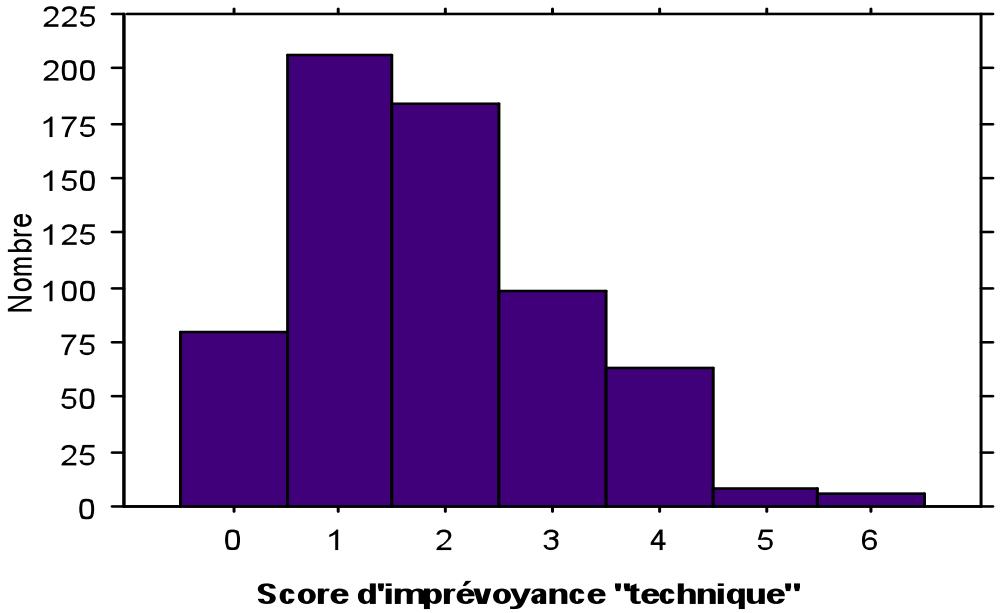


Les exclusions citées l'ont été par 403 médecins, 2 nous ayant répondu « je sais lire un contrat » et « j'ai deux exclusions ». Par ordre de fréquence on retrouvait: certains sports et activités à risque (*n*=293, 72,71%), une période de carence (*n*=264, 65,51%), les pathologies psychiatriques (*n*=102, 25,31%), des antécédents pathologiques antérieurs à la souscription (*n*=43, 10,67%), la maternité ou la grossesse pathologique (*n*=7, 1,74%), l'accident du travail (un médecin) ou une limitation selon le revenu (un médecin).

Parmi les médecins ayant souscrit une couverture leur versant des indemnités journalières et installés depuis plus de 5 ans (*n*= 492), 249 soit 50,61% avaient réévalué leur contrat dans les 5 années précédentes, mais 16,46% ne l'avaient pas réévalué depuis leur installation. Cette proportion était significativement plus importante chez les médecins les plus anciennement installés (*p*= 0,0039) avec 19,23% des installés depuis plus de 25 ans dont 28,57% des installés depuis plus de 35 ans.



3.3 Score d'imprévoyance « technique » (Annexe 6)



Le score était établi sur 4 items : déclaration des arrêts à la CARMF (0 ou 1), connaissance du délai de carence de la CARMF (0 ou 2), connaissance des contrats de prévoyance (0 ou 1), réévaluation des indemnités (1 point en cas de réévaluation il y a 5 à 10 ans, 2 points au delà ou en cas d'absence de réévaluation depuis l'installation). Le score obtenu était compris entre **0 et 6**, allant du moins au plus négligeant.

Seuls 80 médecins (12,38%) ont obtenu un score égal à zéro. La moyenne des scores obtenus était de 1,86. 27,24% ont obtenu un score supérieur ou égal à 3/6. Il n'y avait pas de différence de scores entre les hommes et les femmes. Le fait d'avoir une pathologie chronique ou d'avoir connu une mauvaise expérience, personnelle ou chez des confrères ne semble pas influencer le score. Par contre nous avons pu mettre en évidence une différence de distribution des scores selon la tranche d'âge ($p= 0,0002$) et la durée d'installation ($p< 0,0001$), les médecins les plus vieux et les plus anciennement installés semblant avoir un score moins bon même si on n'observe pas stricto sensu de relation linéaire entre ces paramètres. De même le fait de travailler en groupe ($p= 0,0011$), d'avoir des enfants à charge ($p= 0,0093$), de vivre en couple ($p= 0,0247$) et d'avoir déclaré un médecin traitant ($p= 0,0208$) semblent être des facteurs influençant positivement la prévoyance des médecins.

3.4 Les remarques des répondants (Annexe 7)

Trois cent cinq médecins (152 hommes, 153 femmes) ont tenu à s'exprimer suite au questionnaire (96 soit 41.74% des répondants côté URPS et 209 soit 50,24% chez MG Form).
En dehors de précisions sur des défauts éventuels du questionnaire ou sur les réponses apportées, on pouvait individualiser neuf thèmes récurrents.

Le sentiment d'injustice (41 remarques) : Il prenait ici plusieurs formes allant du militantisme *« Oui à la salarisation des médecins !!!!!! », « Il est urgent de mieux protéger les soignants et de demander à nos dirigeants de discuter avec les assureurs. Les clauses d'exclusions sont trop nombreuses et injustes. »,* au sentiment d'être exclu du système *« Quelle autre profession que la notre accepterait d'être payée au 91ème jour d'arrêt maladie - de plus un paiement ne couvrant absolument pas notre chiffre d'affaire –c'est une honte - à l'heure du débat des fameux 3 jours de carence pour un salarié - à méditer ». « Quand les patients se plaignent de leurs 3 jours de carence je leur parle des 90 miens et ils restent sur le *** Qu'on soit libéral ou artisan, c'est comme si on devait être puni en cas de pépin. Genre "Ha ha ! tu as voulu être libéral ? ? ? Takakreuver !" ».* On retrouve également des réflexions pessimistes qui semblent évoquer un lien entre cette protection sociale et l'avenir de la profession *« ceci aggravera encore le déficit d'installations en médecine libérale si rien n'est fait »*, ainsi que l'état de santé des médecins « *Couverture assurance maladie des plus déplorables entraînant de grandes négligences sur notre propre santé », « Le burn out nous guette tous à plus ou moins long terme, il faut l'intégrer comme maladie professionnelle ».*

Le congé maternité (33 remarques): Plusieurs femmes ont déploré l'absence d'évocation de l'arrêt pour maternité : *« Et les femmes enceintes ? »*, *« Vous parlez des maladies et accidents mais omettez de parler de la maternité qui est aussi une raison d'arrêt "non facultatif"»*. Elles ont également fait remarquer la mauvaise couverture de cette situation par les assurances obligatoires et facultatives *« il n'existe plus de mutuelle complétant le congé maternité de la sécu, contrat qui a eu existé de façon très courte à la MACSF... » « la couverture maternité n'est pas prévue dans ces assurances complémentaires ».* Trois médecins ont évoqué de ce fait une perte financière d'environ 10.000 euros occasionnée par leur grossesse malgré le système d'indemnisation de la CPAM *« Très bon sujet. Avec mon associée, on a calculé qu'avoir un enfant (c'est à dire s'arrêter deux mois 1/2 à 3 mois pour s'occuper d'un nouvel arrivé dans la famille) nous coûtait 10000 Euros, tout en bénéficiant des indemnités prévue par la CPAM ET d'un*

remplaçant ! Nous avons toutes les deux fait cette expérience et on en est arrivées au même chiffre à peu de chose près. Faut être motivée ! Ou riche ! »

La critique du système assurantiel de couverture (32 remarques) : Plusieurs médecins dénonçaient les délais de carence supérieurs aux situations les plus fréquentes d'arrêt de travail (10 remarques) « *Le délai de carence pour les IJ versées par les assurances est dans l'ensemble beaucoup trop long (1 mois). Il est raccourci uniquement en cas d'hospitalisation supérieure à 4 jours. Compte tenu des hospitalisations de plus en plus courtes en cas d'intervention chirurgicale il est évident que les IJ ne sont pratiquement jamais versées (même si l'arrêt de travail est justifié) »* ainsi que les exclusions pour antécédent pathologique qui constituent une fragilité supplémentaire et souvent non négociable (22 remarques) *« Parfois on se demande à quoi sert une prévoyance qui ne permet pas de verser des IJ pour des risques déjà connus avec des exclusions bien plus larges (concernant tout l'appareil touché) que le simple antécédent concerné (récidive d'une pathologie bénigne ou non), amenant moi-même et certain confrères à ne pas souscrire de prévoyance devant l'augmentation des cotisations demandées pour ne pas couvrir de toutes les façons une récidive... ce qui n'existe pas dans le régime général et que je trouve personnellement scandaleux. ».*

La prise de conscience (31 remarques): En remplissant le questionnaire, certains médecins ont pris conscience de leurs lacunes dans ce domaine *« La connaissance de mon contrat d'assurance pour les IJ est très floue »*, *« Je ne savais pas que la CARMF versait des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail»* ce qu'ils ont expliqué par un manque d'information pour quinze d'entre eux *« Je pense être mal informé pour ces problèmes »*, *« C'est très intéressant de se rendre compte qu'on ne sait pas vraiment comment faire en cas de maladie ni comment on est vraiment indemnisé...On manque sérieusement de formation ! »*. D'autres ont décidé de revoir leurs contrats suite à ce questionnaire *« Je me rends compte qu'il faudrait que je réévalue ma situation avec mon assurance »*, « *Peut être que la lecture du questionnaire va donner des idées à certains. Moi-même, je vais ressortir mon dossier !!!! ».* Enfin d'autres ont découvert des insuffisances dans leur couverture en répondant à l'étude « *J'ai souscrit depuis 32 ans une assurance versant des I.J en cas d'A.T auprès d'une mutuelle soi-disant confraternelle pour couvrir la période de carence de la CARMF et à ma grande surprise dans le 8ème paragraphe de la 6ème page il est dit que seulement la moitié de la durée de mon hospitalisation donnerai lieu à des I.J... ».*

A contrario quatre réflexions montraient que des médecins n'avaient pas conscience de leurs lacunes *« (...) si nous avons tous le délai de carence de 30 jours... »*, *« Carmf : 30 jours en accident et 30 jours en maladie »*, *« Impossible de dire qu'on a jamais été malade et impossible de dire qu'on ne sait pas si on est couvert ou pas : on peut ignorer ou oublier ou n'être pas intéressé*

par sa couverture », «Il faut séparer la maladie et l'accident de travail car nous sommes assurés de principe pour l'un et non pour l'autre ».

Les conseils (28 remarques): Plusieurs médecins ont donné des conseils de prévoyance, basés parfois sur leurs expériences personnelles. Ils portaient sur l'organisation générale de celle-ci *« La prévoyance est une priorité à mettre en place dès le début de son activité professionnelle même en tant que remplaçant », « Il est indispensable de se poser ces questions lors de son installation et de revoir nos contrats couverture régulièrement »,* mais aussi sur les différentes solutions, notamment sur la tontine évoquée par six personnes « *La tontine me semble sous-utilisée par les MG. C'est très dommage car ça apporte des revenus importants, fiscalement déductibles par les donateurs (rétrocession d'honoraires) », « Toujours pas convaincu de l'utilité de cette prévoyance par rapport à une auto assurance bien gérée ou une tontine ».*

L'assurance accident du travail (20 remarques): Il s'agissait surtout de précisions conseillant de se couvrir contre ce risque ou de prendre l'AVAT *« Un rappel sur la non prise en charge au titre des accidents de travail ou des maladies professionnelles pour les médecins libéraux par l'assurance maladie serait utile. Peu de médecins savent qu'il faut prendre une cotisation volontaire auprès de la CPAM, perçue par l'Urssaf. », « J'ai aussi pris une couverture accident du travail à la CPAM »*. Un médecin évoquait cette assurance de la CPAM avec des doutes sur son utilité *« controverse sur l'AVAT (que j'ai souscrite). Mediasanté la déconseille ... bonne continuation dans votre travail! ».*

Les expériences personnelles d'incapacité (20 remarques): Quelques médecins ont fait partager leurs expériences d'accident ou de maladie *« à 50 ans j'ai eu un cancer de la prostate... »,* ainsi que celle de la couverture qui allait avec. Force est de constater que dans la majorité des cas la couverture était inadaptée, insuffisante, ou que le médecin ne connaissait pas les démarches *« j'ai eu une GEU l'année dernière, rompue, hospit en urgence, etc. l'hospit n'a duré "que" 2,5 jours, la prévoyance prenait en charge qu'après 3 jours d'hospit... donc pas d'IJ. Suite à cette GEU, suis en exclusion pour la grossesse. Je suis actuellement enceinte, Menace d'Accouchement Prématuré et en arrêt depuis 3 mois, la prévoyance ne m'a donc rien versé pendant les 3 mois de carence de la CARMF ! », « J'ai découvert l'absence de possibilité de mi-temps thérapeutique de mon assurance privée quand j'en ai eu besoin », « J'ai eu un accident avec 5 mois d'arrêt de travail. J'ai perdu des indemnités car je ne savais pas qu'il fallait le déclarer immédiatement à la CARMF (en plus de l'assurance) et ne pas attendre les 90 jours. (…) Maintenant je le sais. ».* Seuls deux médecins ont eu une expérience positive avec une indemnisation à la hauteur de leur situation. Deux médecins ont également évoqué la difficulté à s'arrêter en raison de la permanence des soins et avaient écourté leur arrêt pour cette raison.

Le sentiment d'une profession négligente ou mal couverte enfin était formulé par 17 médecins *« Nous ne sommes évidemment pas des malades comme les autres », « je sais que les médecins sont mal informés et mal couverts ».*

L'intérêt pour le sujet (96 remarques): Si un des participants nous a exprimé du désintérêt quant au sujet de cette thèse, les médecins ont été très nombreux à exprimer de l'intérêt *« sujet très intéressant », « bonne idée de travail »* mais aussi de la gratitude que l'on s'intéresse à eux *« Merci et bravo pour ce travail » « merci »*. Plusieurs ont réclamé les résultats de cette thèse pour eux mêmes *« Merci de nous faire part de ces résultats... »*, mais aussi pour les diffuser (travail syndical, réseau d'entraide).

4ème Partie : DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

Nous avons réussi à exploiter 646 questionnaires, ce qui correspond à 11,50% de notre population cible selon les données démographiques disponibles en 2011[38]. Le taux de réponse global de notre étude (20,05%) est sans doute inférieur au véritable taux de réponse puisque nos deux panels source n'étaient pas indépendants et qu'ils se recoupent dans une certaine mesure (en effet tous les médecins du panel de MG Form cotisent obligatoirement à l'URPS). En admettant dans l'hypothèse extrême que les adresses mails de l'URPS soient entièrement inclues dans la liste de MG Form, le taux de réponse est de 34,97%. Le véritable taux doit donc se situer entre ces deux extrêmes, ce qui montre l'intérêt des participants pour ce sujet.

Dans notre enquête, seuls 30 médecins sur 646 n'avaient pas de couverture pour compenser les prestations de la CARMF en cas d'arrêt de travail. L'absence de couverture facultative pouvait donc ici être considérée comme un phénomène plutôt confidentiel comparé à ce que laissaient présager les publications de l'Ordre et de la CARMF. Néanmoins on peut concevoir que même à cette échelle ces organismes se soient mobilisés et alarmés vu les désastres financiers que cela peut engendrer, et on imagine que des organismes associatifs d'entraide puissent rapidement être submergés au moins financièrement par ces demandes d'indemnisation. En effet si ils ne sont que 4,64% dans notre panel, ces praticiens représenteraient tout de même 260 médecins généralistes libéraux en secteur 1 sur la région Rhône-Alpes. Si l'on ajoute les médecins en secteur 2, les médecins spécialistes, et ceux ayant une activité à prédominance salariale, il est certain que ce nombre doit être majoré. Il reste donc encore du travail à faire pour diminuer le nombre de ces médecins récalcitrants et venir à bout du problème des demandes d'aide financière. Le coût et le manque de temps étaient les premières causes citées par les intéressés. Nous verrons plus loin si il est possible de jouer sur ces leviers pour améliorer cette situation.

Si les praticiens semblaient avoir globalement une bonne opinion de leur couverture, près de 37% des médecins libéraux interrogés avaient tout de même été confrontés personnellement à une situation qui avait eu pour eux des conséquences financières et ils étaient deux fois plus nombreux à avoir eu connaissance de situations identiques chez des confrères.

En effet, même en ayant souscrit une couverture facultative, les médecins libéraux étaient nombreux à pêcher par négligence. Selon nos critères, seuls 12,38% connaissaient bien leur contrat et les démarches d'indemnisation. Il semble que les défaillances se situent au niveau des démarches administratives de déclaration des arrêts (seuls 42,11% des médecins savaient qu'il fallait déclarer l'arrêt à la CARMF), de la connaissance des contrats offerts par les assureurs et mutuelles, et de la réévaluation des indemnités journalières au cours de la carrière libérale. De même les moyens de prévoyance autres que le recours à l'assureur sont peu connus des médecins, puisque ces derniers étaient utilisés de manière confidentielle par notre panel. Le délai de carence de la CARMF était par contre bien connu par ces généralistes.

Quelques médecins nous ont fait partager ces expériences parfois dramatiques, ayant expérimenté ces lacunes à leurs dépends, apprenant « au dernier moment » les trous ou les insuffisances de leur couverture, notamment les indemnités journalières non adaptées à leur situation financière par défaut de réévaluation ou l'exclusion des pathologies pour lesquelles ils avaient le plus de risque. D'autres ont découvert leurs lacunes en remplissant le questionnaire.

Ce fonctionnement du système de couverture par assurance était dénoncé par plusieurs praticiens qui ne comprenaient pas cette différence avec le système d'indemnisation des salariés. Un manque d'information par les organismes d'assurance ainsi qu'un manque de formation dans ce domaine étaient exprimés par les participants qui se sont senti concernés par cet aspect de leur exercice et étaient demandeurs de retours et de solutions pour améliorer leur couverture, leurs connaissances sur le sujet étant principalement le fait des organismes prestataires.

Le degré de couverture et de connaissance des libéraux sont donc très largement perfectibles et nous pensons qu'il y a avant tout nécessité d'une information claire de la profession dès le début de son activité ainsi qu'au long de sa carrière. Il y a là matière à réflexion de la part des différents acteurs de la prévoyance mais aussi du côté de l'enseignement et des organismes confraternels.

Nous n'avons pas véritablement mis en évidence de facteur démographique ou comportemental favorisant chez les médecins non couverts, mais il semble qu'être un médecin jeune, avec une vie familiale ou maritale et une installation en groupe favorisent des meilleurs comportements de prévoyance. Ceci pourrait être une bonne nouvelle pour l'avenir car on sait que le mode d'exercice en groupe est plébiscité par les jeunes médecins[39] et est en constante croissance depuis 1980[40]. Enfin nous avons vu

qu'avoir un médecin traitant semblait également favoriser de meilleures connaissances de sa prévoyance, peut être par l'intervention d'un tiers plus objectif concernant sa santé. Nous ne pouvons qu'encourager les libéraux à se faire suivre par un autre médecin qu'eux mêmes.

4.2 Biais de l'étude

Ils étaient nombreux.

Biais de sélection : d'échantillonnage tout d'abord car nous n'avons pu effectuer de vrai tirage au sort parmi les médecins généralistes de Rhône Alpes pour constituer notre échantillon. Le fait d'être tributaire de la liste d'e-mails de l'URPS fait que nous n'avions aucun contrôle sur le caractère aléatoire de la constitution de la liste. Même si on peut penser que la majorité des médecins a aujourd'hui une adresse mail avec l'informatisation quasi obligatoire des cabinets médicaux, il se peut que nous soyons passés à côté d'une partie des médecins visés par cette étude, notamment les plus âgés. En dépit du possible biais lié à ce mode de contact (perte du panel de médecins non référencés par mail) ce mode d'interrogation a été retenu principalement pour sa facilité de mise en œuvre, son faible coût, la possibilité de relance de manière rapide et la possibilité pour le médecin de recevoir le questionnaire aussi bien sur son lieu de travail que son lieu de vie personnelle (donc même en cas d'interruption d'activité).

Le fait d'avoir dû ensuite utiliser un deuxième panel complexifie encore notablement les choses car nous avions très peu d'information sur la constitution de cette liste de MG Form qui contrairement à l'URPS était susceptible d'inclure des médecins remplaçants parfois non thésés ou plus de médecins syndiqués. Ayant utilisé le même questionnaire pour les deux panels nous nous sommes aperçus de ce défaut a posteriori et avons donc exclu les médecins qui nous ont précisé leur activité de remplaçant mais nous ne pouvons totalement assurer qu'il n'y en a plus dans l'échantillon final. Nous aurions également du demander aux médecins si ils étaient membres d'un syndicat car il peut s'agir d'un facteur confondant sur un sujet tel que celui-ci. MG Form n'a pas su nous dire si les médecins de la liste étaient par ailleurs inscrits à MG France. Nous ne pouvons non plus formellement éliminer le risque de doublons entre les deux panels.

Il existe également un biais de non réponse : il est probable que les médecins qui ont répondu à l'étude sont ceux qui se sont sentis les plus concernés par ce sujet et il nous manque ici le point de vue et les connaissances de tous ces autres médecins.

Nous avons pu mettre en évidence lors du dépouillement des réponses de nombreux biais d'intervention dûs aux défauts du questionnaire. Malgré l'étape de test sur nos collègues, il est apparu que certaines questions étaient mal conçues, notamment la question 8 (*Face à une situation personnelle d'incapacité temporaire de travail par maladie ou accident, vous est-il déjà arrivé de ne pas vous arrêter en raison d'une couverture insuffisante?*) qui était obligatoire mais s'adressait effectivement à ceux ayant déjà connu une situation d'incapacité de travail. La séquence de questions 9 à 13 a été souvent difficile à remplir et ne prévoyait pas le cas de plusieurs arrêts avec plusieurs situations différentes pour chacun. Nous ne demandions pas non plus la durée de l'arrêt ce qui aurait été intéressant pour en déduire l'adéquation de la conduite des médecins dans ces cas (comme l'a fait remarquer un des participants, un arrêt de une journée n'a évidemment pas été déclaré à la CARMF). L'exclusion du congé maternité n'était pas clairement formulée en début de questionnaire ce qui fait que les réponses des femmes peuvent être biaisées (beaucoup de remarques allaient dans ce sens).

Nous pensons que notre score d'imprévoyance technique a pu être artificiellement majoré par des défauts de méthodologie. Ce score n'est bien sûr pas un score « reconnu » et a été conçu de manière à prendre en compte tous les facteurs possiblement délétères à la couverture des médecins. On aboutit forcément à une notation péjorative des comportements des praticiens en ce qui concerne leur prévoyance. Par ailleurs certains paramètres ont peut être été surestimés du fait des défauts du questionnaire ; par exemple le fait de citer le délai de carence dans les exclusions du contrat d'assurance a pu être mal compris par les praticiens et non cité comme tel. La question 17 était également mal posée, nous aurions du la formuler sur un mode interrogatif et non affirmatif et il est possible que les médecins aient compris que l'ont parlait de leur dernière expérience d'arrêt et non du cas théorique. La non déclaration des arrêts à la CARMF aurait du être pondérée selon la durée effective des arrêts comme expliqué plus haut. Le problème des QCM enfin fait que les réponses sont influencées par les propositions soumises à celui qui remplit le questionnaire et peuvent également entrainer des réponses partielles (une seule réponse cochée au lieu de toutes les réponses possibles).

Néanmoins dans notre étude nous n'avons pas exploré certains aspects qui contribuent également à une prévoyance insuffisante tels que l'adéquation des indemnités journalières aux frais engendrés par l'interruption d'activité ou le fait d'être à jour de ses cotisations obligatoires et facultatives (même si aucun médecin n'a cité ce dernier motif d'absence d'indemnisation à la question 13). Ces paramètres auraient mérité d'être

étudiés car il s'agit là aussi de facteurs potentiels d'aggravation de ces situations, et le score aurait pu être affiné par ces données.

4.3 Comparaison avec la littérature/ extension des résultats à la population cible

Au 1er juin 2011 en région Rhône Alpes[41], les hommes représentaient 66% des 6103 généralistes libéraux et mixtes dont l'âge moyen était de 51,64 ans. Les départements où l'on recensait le plus de médecins généralistes libéraux étaient le Rhône et l'Isère (respectivement 26,60 et 19,50%) suivis de la Haute Savoie, de la Loire, de la Drôme, de la Savoie, de l'Ain et de l'Ardèche. Si les caractéristiques démographiques de la population des médecins n'exerçant qu'en secteur 1 ne sont pas connues, on doit pouvoir considérer qu'il s'agit de médecins globalement un peu plus jeunes étant donné la fermeture du secteur 2 aux généralistes en 1990.

Dans notre échantillon les hommes étaient moins représentés (52,79%) ce qui était significatif. L'âge moyen de notre population était de 49,02 ans, ce qui peut correspondre à l'effet de l'exclusion du secteur 2 mais aussi au sexe, les femmes étant globalement plus jeunes que les hommes (45,28 contre 52,37 ans en moyenne). Notre mode d'interrogation des participants (questionnaire Internet) a également pu sélectionner des médecins plus jeunes et plus habitués à l'utilisation de l'outil informatique.

Nous n'avons pas d'explication à la présence d'autant de femmes dans le panel. Nous avons posé l'hypothèse que les femmes étaient plus attentives à ce qui concerne leur santé ou avaient plus de temps pour répondre au questionnaire (on sait que les femmes médecins travaillent en moyenne 6h de moins par semaine et que cet écart est stable malgré l'augmentation constante du temps de travail depuis 1992)[42].

Notre population comptait plus de médecins isérois et moins de médecins haut-savoyards que la population cible, ces différences étant essentiellement le fait du panel de l'URPS, la répartition des répondants de MG Form approchant celle de l'Atlas régional. Nous n'avons pas pu trouver de raison à cette différence de répartition géographique (qui se retrouve également à l'échelle de la mailing list globale de l'URPS et pour laquelle l'organisme n'a pas non plus d'explication).

Nous avons vu que 76,63% n'avaient pas de médecin traitant. Cette proportion ne nous est pas connue dans la population cible mais l'on peut au moins comparer ce nombre avec les travaux de même type effectués en France. Dans la thèse de L. Gillard[5], c'était le cas de 90% des médecins interrogés, dans celle de R. Suty[2] de 91,20%. Ces deux thèses

dataient de 2006 et on peut se demander si cette différence avec notre étude n'est pas due à une évolution des mentalités au cours du temps, cette obligation de « médecin référent » ayant été instaurée en 2004. D'autre part dans ces deux thèses il était question de déclaration de médecin traitant, qu'ici nous avons remplacé par un simple suivi sans obligation de déclaration administrative ce qui peut expliquer cette différence et faire de notre panel de meilleurs élèves sur le papier en termes de suivi médical. Pour information, le taux de déclaration de médecin traitant en 2013 chez les assurés du régime général était de 90%[43].

Un quart des médecins interrogés (25,70%) nous a dit être suivi pour une pathologie chronique. C'est un taux comparable à ce qui avait été retrouvé en 2003 dans les thèses de G. Levasseur[44] (un médecin sur 4) ou chez Nouger[45] en 2004 (26,70%), mais moins que dans d'autres travaux à âges comparables : chez S. Roumane[46], ML. Le Roy[47], R. Suty[2] environ un médecin sur trois avait une pathologie chronique et en 2008, 29,30% des généralistes libéraux de plus de 35 ans interrogés par la DREES[3] déclaraient un problème de santé chronique ou durable. Si l'on considère ces chiffres notre échantillon serait dans une moyenne basse mais le résultat peut s'expliquer par des études menées dans des territoires géographiques différents et l'on sait que la région Rhône Alpes présente des indicateurs d'espérance de vie et de mortalité meilleurs que les valeurs nationales[48]. Dans l'étude de la DREES[3], un médecin sur 2 avait été malade au moins une fois au cours des 12 derniers mois. Nous avons obtenu à peu près la même proportion sur une période de 5 ans, ce qui nous fait dire que notre panel était tout de même en meilleure santé. Peut-être nous manque-t-il ici l'opinion de médecins malades et cela peut biaiser notre étude.

Dans l'ensemble les réponses étaient homogènes dans les deux sous groupes de participants, les différences essentielles portant sur la répartition géographique des répondants, l'opinion de leur couverture et le pourcentage d'indemnisation des arrêts. Nous avons posé l'hypothèse qu'il pouvait y avoir chez les participants de MG Form plus de médecins syndiqués chez MG France (même si les deux organismes sont en théorie indépendants) et donc plus militants et mieux informés sur leurs démarches d'indemnisation, même si au final les scores étaient comparables dans les deux groupes. Il peut également y avoir eu une différence d'indemnisations du fait de durées d'arrêt différentes mais cela reste une hypothèse car nous n'avions pas fait préciser ce paramètre.

En définitive notre échantillon présentait quelques différences avec la population cible en ce qui concerne la répartition démographique et géographique. Néanmoins nous

avons réuni un effectif conséquent de médecins et leurs réponses étaient globalement homogènes, que ce soit dans les deux sous groupes interrogés mais aussi entre les hommes et les femmes. Nous pensons donc que ces différences avec notre population de référence n'influencent que peu l'attitude des médecins et ne constituent pas un obstacle à la généralisation des résultats à la population des médecins généralistes libéraux de Rhône Alpes.

4.4 Pistes de réflexion

En ce qui concerne la souscription d'une couverture facultative, le coût de cette couverture et le temps administratif à y consacrer sont, de l'aveu des intéressés, des facteurs déterminants dans leur décision de ne pas s'assurer.

Pour ce qui est du coût, le médecin libéral bénéficie au titre de la convention d'une prise en charge partielle (qui atteint 98,88% en secteur 1) par la Sécurité Sociale de son assurance maladie[13]. Or si le taux de la cotisation d'assurance maladie retenu pour les PAMC est de 9,81% des revenus (dont il ne reste que 0,11% à charge au médecin en secteur 1) il est de 13,85% sur la fiche de paie d'un salarié[49]. Il s'agit ici de la cotisation assurance maladie, qui concerne donc les soins et, pour le salarié, les indemnités journalières. Le médecin a ainsi l'impression de payer quelque chose « en plus » d'une protection obligatoire qui lui semble un dû du fait de sa prise en charge par la CPAM mais il cotise en réalité en moindre proportion, puisqu'il ne bénéficie pas de ces indemnités. Si l'on se base sur un BNC annuel de 68462€ pour un médecin généraliste libéral en secteur 1 (chiffres CARMF 2010[50]), ces 4,04% de différence dans les cotisations représentent donc environ 2766€ en moins consacrés à la protection maladie obligatoire chez le médecin.

Cependant nous avons vu que le salarié bénéficie la plupart du temps d'un maintien de traitement versé par son employeur et qu'il est difficile de chiffrer. Ainsi la différence de budget consacrée à la prévoyance entre le salarié et le libéral doit en réalité être supérieure à ce chiffre.

Même si il nous a été très difficile pour cette thèse d'obtenir les tarifs pratiqués par les acteurs du système de prévoyance et si chaque contrat est modulé par les données des questionnaires de santé, nous avons eu accès à un barème de cotisations pratiquées en 2011 par AMPLI Mutuelle. A titre d'exemple pour une souscription avant l'âge de 55 ans, en choisissant un contrat couvrant l'accident dès le premier jour d'arrêt (si arrêt supérieur à 14 jours) et la maladie après 14 jours, et ce jusqu'au 36è mois d'arrêt (en

complément de la CARMF après 90 jours), en prenant une indemnité journalière de 260 euros (pour approcher le BNC annuel divisé par 260 jours ouvrables), la cotisation est de 2600 euros annuels pour un médecin de 50 ans. Elle est inférieure en dessous de cet âge et augmente ensuite pour atteindre 3328 € à 64 ans. Il s'agit ici du contrat le plus cher de la mutuelle.

Ainsi le budget que le médecin doit consacrer à sa couverture facultative n'est pas toujours beaucoup plus cher que celui du salarié. Par contre, il est supporté uniquement par le médecin qui est son propre patron, alors que le salarié ne le débourse qu'indirectement et partiellement (charges salariales et patronales). D'autre part il ne permet jamais d'accéder aux mêmes prestations en termes de maintien de traitement, principalement du fait des délais de carence mais c'est un problème que nous reverrons plus loin.

Par ailleurs, nous avons vu que les contrats d'entraide ou tontines ne coûtent rien aux signataires tant que le risque ne survient pas.

On voit donc que l'argument du coût est en fait à nuancer. Il est plus probable qu'une assurance surtout lorsqu'elle est dite facultative paraît toujours trop chère tant que l'on ne s'en sert pas, alors qu'elle est imposée aux salariés qui n'ont de toute façon pas le choix sur le prélèvement de leur cotisation. Et là aussi il existe probablement avant tout un défaut de formation et d'information des médecins.

En ce qui concerne la lourdeur administrative, il est certain que si l'on compare les démarches à celles des salariés (pas de choix de prestataire ni de comparaison des contrats à faire, envoi de certificat d'arrêt à une caisse unique pour indemnisation) il y a un facteur temps non négligeable pour le médecin qui souhaite souscrire une protection la mieux adaptée à sa situation et se plaint déjà de passer trop de temps à faire de l'administratif en plus des soins.

Quelques solutions peuvent alléger le poids de ces démarches.

En premier lieu desquelles le fait de s'assurer dès le début de l'activité, même celle de remplaçant, au moment où l'activité libérale n'est pas encore lancée à plein régime. Cela permet de comparer et de se familiariser avec les contrats dès le début de sa carrière et d'alléger les procédures ultérieures puisqu'il n'y aura en théorie plus qu'à réévaluer régulièrement les montants des IJ en fonction du BNC. Cela permet également de s'assurer à un moment de sa vie où le risque pris par l'assureur ou la mutuelle est moindre en termes d'état de santé comme nous le verrons plus loin.

Si les tâches administratives sont chronophages, en déléguer certaines peut permettre de dégager du temps pour se documenter sur sa prévoyance. En Rhône Alpes, un

organisme confraternel (Médiasanté) met à la disposition des médecins libéraux quelques outils à destination de nos confrères : moyennant une cotisation annuelle, le Centre de Formalités des Médecins Libéraux assure ainsi la gestion des taxes et cotisations obligatoires du médecin, remplit les déclarations et vérifie l'exactitude des taux et calculs appliqués[51]. Médiasanté propose par ailleurs un audit gratuit par un gestionnaire indépendant pour ce qui concerne la prévoyance et conseille les solutions les plus adaptées au médecin qui en fait la demande sur la base d'un simple questionnaire[52]. Il publie également régulièrement des lettres de conseil (payantes) sur la gestion et la fiscalité du cabinet médical à destination des praticiens. Sans vouloir faire ici de la publicité, ce genre d'organisme se doit d'être connu des médecins libéraux.
Nous pensons donc que ces deux arguments opposés par les médecins imprévoyants sont probablement plus des « excuses » qui cachent un manque d'information latent. Il est également probable que ces médecins qui constituent un faible pourcentage de l'effectif sont conscients qu'ils ne sont pas couverts par leur protection obligatoire mais font l'impasse sur cet aspect de leur prévoyance pour des raisons qui relèvent plus de l'opinion personnelle et d'une philosophie de vie. Il y aura certainement toujours quelques praticiens irréductibles, réticents à engager des démarches de manière volontaire, mais on ne peut qu'encourager la médiatisation des différentes solutions qui permettent au médecin d'alléger le poids de ses démarches administratives, à destination de ces praticiens.

Nous l'avons constaté, le médecin même couvert peut se trouver mis en défaut dans son indemnisation, soit par négligence de sa part, soit du fait de prestations inadaptées. Nous pensons que ce sont ces circonstances qui entraînent plus fréquemment des difficultés financières.
Là aussi le manque d'information semble être en cause puisque les médecins admettent avoir comme premier interlocuteur les assureurs et mutuelles. Or il existe des moyens alternatifs qui permettent de remplacer ou compléter ces organismes (notamment contrats d'entraide, tontines et auto garantie financière) et qui ne semblent pas beaucoup utilisés par les médecins libéraux dans notre étude.
Par ailleurs les démarches en ce qui concerne la CARMF et la déclaration des arrêts ne sont pas bien connues. Enfin les contrats semblent opaques aux souscripteurs qui dénoncent un système inégalitaire comparé aux garanties dont bénéficient les salariés.

Qui pointer du doigt pour cette carence d'information ?

En ce qui concerne les institutions (CARMF, CNOM) les médecins étaient 6.5% à les citer comme source d'info. C'est probablement trop peu.
Il apparaît que la CARMF délivre des informations plutôt claires sur ses carences ainsi qu'un tableau très bien conçu qui permet au médecin de calculer la totalité de ses revenus et charges afin d'évaluer ses besoins en termes de prévoyance (**Annexe 8**). L'organisme fait également la publicité du fonctionnement en tontine. Les données sont essentiellement disponibles sur son site Internet, mais aussi sous forme de dépliants qu'il faut donc aller consulter de manière volontaire. En revanche elles ne sont pas rappelées aux allocataires dans les lettres accompagnant systématiquement les appels de cotisation ou relevés de prestations régulièrement envoyées aux cotisants. En 2005 le Dr Caillol, titulaire au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Bouches-du-Rhône et fondateur de la FEMVA (Fondation d'Entraide aux Médecins Victimes d'Accidents corporels) préconisait dans le rapport de l'Ordre[10] qu'au moins une fois par an la CARMF profite de ces courriers pour y adjoindre ne serait-ce qu'un rappel de ses prestations en maladie. Ceci fût donc un vœu pieu.
On peut se demander quelle serait l'efficacité de ces rappels par courrier car rien n'oblige le médecin à les lire. Comme le disait le Dr Yves Léopold Vice président de la CARMF en 2005 *« Il ne faut pas dix pages dans un bulletin du conseil départemental, il faut un encadré répétitif. On faisait le reproche d'une mauvaise communication, mais cette communication existe. Les gens ne lisent pas forcément ce qu'on leur envoie. On leur dit cent fois, mais ils n'entendent peut-être pas. C'est la répétition, la coordination de cette communication qui produira un peu d'effet »*[10]. D'autre part si le délai de carence de la CARMF semblait bien connu des médecins, un rappel sur les démarches et le délai de déclaration nous paraît nécessaire au vu de nos résultats. Il nous paraîtrait plus judicieux qu'un message bref et bien visible soit systématiquement apposé sur les appels de cotisations et décomptes de prestation, et non à part, afin que le message soit vu, lu et conservé par les médecins.

Le CNOM on l'a vu a alerté les libéraux dans ses colloques. A l'échelle plus régionale on a pu voir en 2008 des lettres adressées aux cotisants suite au rapport « le médecin malade »[53]. Sur son site Internet, l'Ordre rappelle les dispositions de la protection sociale du médecin libéral mais si les informations sont systématiquement données lors de l'inscription au Tableau, on constate qu'il n'y est pas fait mention dans le Guide destiné aux jeunes médecins (seul un rappel sur la nécessité d'une responsabilité civile professionnelle est mentionné[54]). Aucune publicité pour les solutions confraternelles de

prévoyance n'est faite sur le site du CNOM. Il nous paraît regrettable que cette institution ordinale n'encourage pas plus les médecins à opter pour ces solutions d'entraide qui bien que non suffisantes permettent de compléter la protection des participants sans engager de frais supplémentaires. Nous pensons qu'il serait du devoir de cette institution de promouvoir ces moyens auprès des libéraux.

Quoi qu'il en soit, si l'on arrive à mieux informer les praticiens sur l'état de leur protection obligatoire, il subsiste le problème de l'information donnée par les acteurs de la prévoyance facultative, c'est à dire majoritairement les organismes de protection privés. Et on ne peut pas dire que les informations soient très transparentes. En fait il est quasiment impossible pour les médecins de pouvoir comparer les offres puisque la documentation est fournie sur demande après évaluation de la situation personnelle, familiale et financière du demandeur (pour la préparation de cette thèse nous n'avons eu aucune réponse à nos demandes de tarifs, il nous a à chaque fois été demandé de faire un devis personnalisé). Nous pensons que les médecins ont tendance à se tourner par facilité vers les prestataires les plus connus, ou vers ceux recommandés par leurs autres confrères (qui étaient la deuxième source de conseil citée par nos médecins). Ensuite vient pour les assurances l'étape du questionnaire médical et c'est seulement à cette issue que le médecin connaît les conditions exactes de son contrat (découverte notamment des exclusions et surprimes).

Nous pensons que les prestataires pêchent par manque de clarté et de transparence dans l'information qu'ils délivrent à leurs clients, mais que le médecin libéral, habitué à être acteur du système de santé pour le régime général n'a pas toujours conscience des implications et du fonctionnement d'un organisme d'assurance, et à tendance à se reposer sur le mot « couverture » comme si il recouvrait le même sens que celui de l'assurance maladie des salariés, d'où le sentiment d'injustice lorsqu'il découvre les nombreuses lacunes de ces contrats.

Mais peut-on blâmer ces organismes ? En effet ils raisonnent forcément en termes de risque et de même qu'on ne conteste pas le système de bonus/malus pour une assurance automobile, il paraît logique d'adapter un contrat aux antécédents médicaux et au risque ultérieur d'incapacité encouru par le souscripteur.

Cependant, si l'on conçoit le principe des surprimes, les conditions des contrats paraissent par contre abusives dans le cas des délais de carence et d'exclusions pour antécédent pathologique où le médecin se retrouve sans ressource et pourtant en réelle incapacité. Dans notre étude, nous avons pu voir qu'un tiers des arrêts de travail n'avait

finalement pas été indemnisé du fait de durée insuffisante. Là où le bât blesse c'est que le médecin libéral (mais finalement toutes les autres professions libérales dans leur ensemble) n'a aucune possibilité d'avoir une couverture équivalente à celle offerte par le régime général de Sécurité Sociale, et ce aussi chère soit-elle. Là où un salarié atteint d'une pathologie chronique invalidante éligible en ALD aura dans ce cadre un délai de carence réduit dès le deuxième arrêt, le praticien libéral si il a réévalué ses indemnités après sa maladie aura le plus souvent des indemnités réduites ou une surprime, et toujours le même délai de carence souvent supérieur à 8 jours. Et ne parlons pas des antécédents même traumatiques ou minimes qui entraînent également des limitations de contrats si le médecin a le malheur de faire réévaluer ses indemnités journalières. De même alors que l'on sait que la pathologie psychiatrique occupe une place croissante dans la profession médicale, celle-ci est très souvent exclue des contrats ou soumise à limitations (délais de prise en charge et surprimes) et ce quels que soient les antécédents, ce qui n'existe pas dans le régime général d'où un profond sentiment d'injustice et d'inégalité comme on a pu le lire dans les remarques de nos participants. Finalement le médecin a tout intérêt à garder le contrat qu'il a souscrit lors du début de son exercice, lorsqu'il avait encore peu de problèmes de santé, et à réévaluer ses indemnités tant qu'il n'est pas touché par la maladie, avec le risque qu'elles soient insuffisantes lorsqu'il sera en fin de carrière et plus concerné par le risque d'incapacité.

Pourrait-on imaginer tout simplement un relatif alignement du régime des PAMC sur le régime général ? C'est ce que semblaient réclamer plusieurs médecins à travers des réflexions militantes.

En effet l'enjeu ne semble pas être uniquement un souci d'égalité de traitement entre le médecin et la population. La protection du médecin libéral a des répercussions sur la permanence des soins et donc sur les malades, mais en aurait aussi, on le voit à la lumière de certaines remarques, sur la santé du médecin. C'est en effet ce qui ressort d'une étude menée en 2007 par l'URML Ile de France sur le Burn Out[55] puisque 97,2% des médecins libéraux plébiscitaient l'amélioration de leur protection sociale pour lutter contre ce syndrome. Cela peut paraître un peu simpliste car la protection sociale n'est effectivement pas la seule raison à l'apparition d'un Burn Out dans nos professions où l'engagement personnel et professionnel est important. Comme l'ont dit certains de nos interrogés, le problème est également celui de la permanence des soins qui pousse le médecin à reprendre son activité au plus vite en cas d'interruption. Dans notre étude, la décision d'arrêt n'était motivée par les conséquences financières que dans moins d'un

cas sur 2. Mais on peut se dire que si les arrêts de durée moyenne (inférieure à 3 mois) ne sont pas possibles financièrement, alors le médecin aura plus tendance à tirer sur la corde et à se mettre dans une position de fragilité psychologique et de vulnérabilité.

L'autre implication majeure de cette inégalité de traitement entre les libéraux et les salariés est sans doute l'attrait croissant des nouveaux diplômés pour l'exercice salarié. En cinq ans, l'exercice libéral exclusif a enregistré une baisse de 5,5% chez les médecins généralistes, tandis que le salariat progressait lui de 2,6% sur la même période[56.] D'ici à 2017, les projections sont en faveur d'une accentuation de cette tendance.

Dans une étude de l 'URML Ile de France de 2008[57], la protection sociale était citée par 61% des nouveaux installés en médecine générale comme frein à l'installation.

Suite à ces travaux, l'URML Ile de France réclamait dans un communiqué de presse[58] le raccourcissement du délai de carence obligatoire des médecins par la CARMF de 90 à 15 jours et en 2010 le comité RéAGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants) demandait à la mission Legmann de refonte de la médecine générale d'améliorer le système de prévoyance obligatoire des médecins libéraux, ainsi qu'une formation à la gestion administrative de l'entreprise médicale pendant la formation initiale[59]. Ces propositions restent d'actualité mais la balle est dans le camp des institutions.

Comment envisager cette équilibration des régimes ? On oublie que la CARMF et ses équivalents chez les autres indépendants sont avant tout des caisses de retraite (les autres professions libérales non médicales telles les avocats, les architectes.. ne touchent aucune indemnité même par leur organisme de prévoyance obligatoire). La problématique se situerait donc en premier lieu au niveau de l'assurance maladie. Envisager une indemnisation au moins partielle des médecins libéraux par la CNAM comme pour les salariés serait dans l'intérêt de l'Etat si l'on en croit les publications ci-dessus, mais il faudrait envisager un bouleversement total du mode de fonctionnement de la protection des professions libérales. En période de crise économique, ces mesures nous paraissent néanmoins peu réalistes ou très lointaines.

En dehors des acteurs de la prévoyance, des organismes mettent à disposition sur Internet de la documentation à destination de notre profession. Médiasanté essaie d'informer les libéraux sur les différentes solutions qui s'offrent à eux mais il s'agit de publications payantes, servant à financer cet organisme et ses conseillers en matière fiscale et financière.

Les facultés proposent aujourd'hui aux étudiants en médecine de 3è cycle des formations et séminaires sur l'installation libérale où il est question de la prévoyance. A

Grenoble, celui-ci est facultatif et le nombre de places est restreint. Dans notre étude les jeunes médecins semblaient obtenir de meilleurs scores et 60% des médecins ayant participé à des séminaires avaient moins de 40 ans nous pensons donc que ces séminaires sont efficaces. Il nous paraîtrait intéressant qu'ils soient inclus de manière obligatoire dans la formation initiale des médecins exerçant une spécialité à vocation libérale. Ils sont probablement à mettre en place également chez les médecins déjà plus anciennement installés. On pourrait imaginer une implication de l'Ordre pour l'organisation de telles formations auprès des médecins libéraux.

4.5. Comment améliorer la situation des libéraux ?

Les médecins de notre étude nous ont fait part de l'intérêt qu'ils avaient pour ce sujet. Ils étaient demandeurs de retours d'information.

Nous clôturerons donc ce travail de thèse par les différents conseils suivants pour les médecins.

- une protection adaptée est possible, à condition d'anticiper et de prévoir sa prévoyance dès les remplacements ou l'installation. Il faut être conscient que la couverture proposée par les organismes mutualistes ou privés comportera toujours des lacunes par rapport au régime général. Il est préférable de se tourner vers un organisme régi par le code des mutuelles qui usera théoriquement moins des questionnaires de santé. Il est nécessaire de bien interroger les prestataires et de prévoir en conséquence des solutions alternatives telles que des tontines, contrats d'entraide ou clauses dans les contrats d'association ou de groupe, ainsi que de l'auto garantie lorsque c'est possible.
- Pour les médecins déjà installés, il est impératif de réévaluer régulièrement sa couverture en fonction de l'évolution de sa situation financière et personnelle. Des outils mis en place par la CARMF existent pour faciliter ce travail, et un conseil peut être apporté par des comptables ou organismes d'audit.
- Le médecin ne doit pas rester isolé. Le fait d'être entouré que ce soit au niveau familial ou professionnel semble améliorer la prise en charge par le médecin de sa prévoyance. De même déclarer ou être suivi par un autre médecin que soi même peut permettre de garder un œil objectif sur sa santé et ses répercussions sur son activité.

Ces informations ainsi que des rappels sur les conditions et délais d'indemnisation se doivent d'être relayés par les organismes confraternels, pourquoi pas par des messages brefs mais répétitifs sur les correspondances destinées à être archivées par les médecins tels que les documents comptables, mais aussi par la mise en place de formations tout au long de la carrière des libéraux.

Il paraît nécessaire d'instaurer une formation obligatoire à la gestion d'une entreprise libérale dans les facultés, notamment pour la filière de médecine générale dont la vocation est avant tout celle du cabinet médical de proximité.

Pour le reste, il nous semble important de militer auprès des institutions de l'Etat pour un changement du système de protection des professions libérales. En effet, c'est à cause des insuffisances du système de protection obligatoire que les médecins sont obligés de se tourner vers des solutions insuffisantes et inadaptées, car pratiquant des exclusions et délais de carence abusifs. Ceci aboutit à une saturation des structures d'entraide qui ne peuvent à elles seules absorber les demandes. Il est indispensable que l'Etat se repenche sur les conditions d'indemnisation imposées par les contrats des organismes prestataires, mais aussi améliore la prévoyance obligatoire par une diminution du délai de carence avec une indemnisation au même titre que le régime général, prix à payer pour pérenniser notre système de médecine de proximité.

THESE SOUTENUE PAR Nolwenn RABOT

TITRE : **LA PREVOYANCE DU MEDECIN GENERALISTE LIBERAL: UNE ETUDE DESCRIPTIVE EN REGION RHONE ALPES.**

CONCLUSION

Les médecins généralistes libéraux rhônalpins sont à plus de 95% couverts contre le risque d'incapacité par maladie ou accident. Néanmoins cette couverture ne les empêche pas d'être confrontés à des difficultés financières car les médecins font preuve de négligence dans l'organisation ou la gestion de leur prévoyance. Cette couverture, majoritairement le fait des mutuelles et assurances, est bien souvent inadaptée à leur situation et ne permet en aucun cas d'être assuré de manière équivalente au régime général. Il est nécessaire de mieux informer et former les praticiens, à la faculté ainsi que durant leur carrière, aux particularités propres à leur couverture, aux alternatives possibles au système d'assurances, ainsi qu'aux pièges des contrats proposés. Ceci doit impliquer à la fois les organismes de prévoyance, mais aussi les instances ordinales et l'enseignement facultaire. Militer en faveur d'une amélioration de la couverture des professions libérales dans leur ensemble nous paraît également essentiel, dans le souci de protéger l'organisation de notre système de soins en médecine générale.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 11/3/2013

LE DOYEN

JP ROMANET

LE PRESIDENT DE LA THESE

CHU de Grenoble - Hôpital A. Michallon
Service de Médecine et Santé au Travail
Professeur R. DE GAUDEMARIS
Chef de Service
Tél. 04 76 76 59 42 - Fax 04 76 76 89 10

PR DE GAUDEMARIS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. l'Aptitude à l'exercice médical et la santé du médecin. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Rapport de la Commission Nationale Permanente de Juin 2000, Rapporteur Mme le Dr DELGA.

2. SUTY R. Attitude des médecins généralistes envers leur propre santé, enquête menée auprès de 530 médecins libéraux du département de Meurthe-et-Moselle. Thèse de doctorat en médecine générale. Nancy, Université Henri Poincaré-Nancy 1, 3 octobre 2006.

3. DESPRÈS P., GRIMBERT I., LEMERY B. et al. Santé physique et psychique des médecins généralistes. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, DREES, juin 2010, n° 731.

4. Rédaction D'IMPACT MEDECINE. Comment les docteurs se soignent. IMPACT MEDECINE, 7 mars 2003, n°29, 26-33.

5. GILLARD L. La Santé des Généralistes. Thèse de doctorat en médecine générale. Paris, 29 août 2006

6. BONNEAUDEAU S. Le médecin malade: un patient comme les autres ? Thèse de Doctorat en médecine générale. Université Paris Diderot–Paris 7, 5 juillet 2011

7 Le médecin malade. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du CNOM du 28 juin 2008, Dr Bertrand LERICHE.

8. Statistiques, médecins bénéficiaires du régime invalidité décès, Nature des affections des médecins en indemnités journalières et en invalidité définitive, évolution entre 2007 et 2009. Site Internet de la CARMF en ligne. Disponible sur http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2012/taux2012.htm le 18 décembre 2012

9. Prévoyance, chiffres clés 2012. Site internet de la CARMF, en ligne. Disponible sur http://www.carmf.fr/cdrom/web_CARMF/prev/prevoyance.htm le 18 décembre 2012.

10. Les actes du colloque sur l'imprévoyance organisé par la CARMF et le CNOM. CARMF, Palais des Congrès de Paris 8 octobre 2005.

11. Définitions issues du dictionnaire Français Larousse en ligne, disponible sur http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais, le 18 décembre 2012

12. Les chiffres clés de la sécurité sociale 2011, édition 2012. Direction de la sécurité sociale, ministère de l'économie et des finances, ministère des affaires sociales et de la santé.

13. La protection sociale du créateur d'entreprise. Professions indépendantes, Fascicule de l'URSSAF praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, 10 è édition janvier 2011.

14. Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006. CNAM. Points de repère n° 23 - décembre 2008 -

15. Historique des conventions médicales. IRDES, disponible en ligne http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf, Avril 2012

16. Site Internet de la CARMF, Cotisant, Qui doit s'affilier ? Disponible en ligne sur http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=coti-affiliation.htm le 19 octobre 2012.

17. Site internet de l'assurance maladie, disponible sur http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/index.php, le 19 octobre 2012

18. Site Internet de la CARMF, disponible sur http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=prev-ij.htm, le 19 octobre 2012.

19. Décret n°2006-644 du 1er juin 2006 relatif aux prestations maternité des professionnelles de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés et modifiant le code de la sécurité sociale, Décret n° 2006-1312 du 25 octobre 2006 relatif aux prestations maternité des professionnelles de santé relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Journal Officiel de la République Française.

20. Article L1226-1 du Code du Travail, modifié par la Loi n° 2008-596 du 25 juin 2008, art. 3.

21. Site Internet de PH Services, prévoyance et services pour Praticiens Hospitaliers, disponible en ligne sur http://www.ph-services.org/index.php le 14 janvier 2012.

22. Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. Art. 34-2.

23. Remplaçants : voici votre guide pratique en prévoyance. La lettre de média santé référence P661, disponible en ligne le 18 décembre 2012 sur https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:YFLg9SmndggJ:www.media-sante.com/pdf/patrimoine/SP661.pdf+&hl=fr&gl=fr&pid=bl&srcid=ADGEESi4N3CFHMe_Urj8-4niwVIfe4TbW4HQwYvcndV7WGXNk-22n3ioz82lcYO48M19uyrc2zDsyrtv79aCIbtNpAvhnCpr6-5iuFKG9lZiYI0BuLr14eG_fJF9JIbBGU0xgatMa4G-&sig=AHIEtbQUf-8HBJxSRdPuHeeA6r3dD3f-3Q

24. PERRIN C. Guide de la prévoyance à l'usage du médecin libéral. Le Concours Médical, numéro spécial, 15 septembre 2006.

25. Instructions Fiscales sur la Loi Madelin pour les BNC, BULLETIN OFFICIEL DES IMPÔTS, DIRECTION GÉNÉRALE DES IMPÔTS 5 G-7-05 N° 200 du 2 DECEMBRE 2005
Bénéfices non commerciaux. Charges sociales personnelles des professionnels libéraux (art. 111 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, art. 82 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004)
(C.G.I., art. 154 bis)

26. Régime fiscal des contrats d'entraide entre médecins généralistes. RES n° 2010/15 (FP) du 23 mars 2010.

27. Médecin libéral installé : comment vraiment optimiser votre plan de prévoyance. MEDIASANTE, la lettre de Médiasanté n° 786, 09 octobre 2009.

28. Face aux coups dur de la vie, la prévoyance du médecin libéral : l'auto garantie. MEDIASANTE. La lettre de média santé ref P759 du 06 octobre 2006.

29. Le Contrat Relais (garantie d'un remplaçant généraliste et d'un revenu) en pratique. Site Internet de MEDIASANTE, disponible en ligne sur http://www.media-sante.com/prevoyance/contrat-relais-garantie-remplacant-generaliste-revenu-en-pratique.php#, le 18 décembre 2012.

30. L'assurance volontaire AT/MP. Site internet de l'assurance maladie du Morbihan, disponible en ligne sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-caisse-morbihan/vous-informer/l-assurance-volontaire-at-mp_morbihan.php, le 18 décembre 2012.

31. Prévoyance du médecin libéral : pourquoi éviter l'assurance volontaire accident du travail. MEDIASANTE. La lettre de média santé ref S329.

32. VALLET E. Les médecins généralistes face à leur propre santé: étude menée par questionnaire auprès de 1000 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône. Thèse de doctorat en médecine générale. Université d'Aix-Marseille II, 2009.

33. CLAUSTRAT L. La maternité des femmes médecins généralistes libérales depuis le 1er juin 2006. Etude descriptive en région Rhône-Alpes. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1, Faculté de Médecine Lyon Est, le 19 avril 2010.

34. L'entraide ordinale. CNOM Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2004. Dr POUILLARD J. (Rapporteur).

35. Votre Caisse. Commissions. Chiffres 2011. Site Internet de la CARMF. Disponible en ligne sur http://www.carmf.fr/cdrom/cdrom.php?page=carm-admin.htm, le 18 décembre 2012.

36. Bilan et Compte de résultat au 31 décembre 2011. CARMF.

37. L'imprévoyance des médecins, le rôle de l'AFEM « Docteurs, si vous prenez soin de vos patients, prenez également soin de votre famille ! ». AFEM, 2007.

38. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au premier janvier 2011. CNOM, Dr M. LEGMANN, Président.

39. Atlas de la démographie médicale française 2011 : les jeunes médecins invitent leurs confrères à s'installer en libéral. Communiqué du CNOM. 13 juin 2011.

40. « Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale ». Baromètre Santé médecins généralistes 2009. INPES.

41. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Rhône Alpes. Situation au 1er juin 2011. CNOM. Sous la direction du Dr P. ROMESTAING Président de la section Santé Publique et Démographie Médicale.

42. NIEL X., VILAIN A. Le temps de travail des médecins : l' impact des évolutions sociodémographiques. DREES, mai 2001, n° 114.

43. Projet de loi de financement de la Sécurité sociale – PLFSS Annexe 1 Programmes de qualité et d'efficience Maladie. Ministère de l'Economie et des Finances, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

44. LEVASSEUR G. Les médecins bretons et leur santé. URML Bretagne, 2003.

45. NOUGER F. Les médecins et leur santé, ou « Docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? » Enquêtes sur les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Vienne. Thèse de Doctorat en médecine générale. Université de Poitiers, 2004.

46. ROUMANE S. Comment les médecins généralistes bretons prennent-ils en charge leur santé ? Thèse de Doctorat en Médecine générale. Université de Rennes 1, 2002.

47. LE ROY ML. Docteur, comment va votre santé ? Etude menée auprès de 323 médecins généralistes du département des Côtes d'Armor. Thèse de Doctorat en médecine générale. Université de Rennes 1. 2003.

48. Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône-Alpes. ARS Rhône Alpes, ORS Rhône Alpes, mars 2011.

49. Taux des cotisations du régime général de sécurité sociale. Site internet de l'URSSAF, espace employeurs. Disponible en ligne sur http://www.urssaf.fr/employeurs/baremes/baremes/taux_des_cotisations_du_regime_general_01.html le 18 décembre 2012.

50. BNC des médecins libéraux 2010. Site Internet de la CARMF rubrique Documentations, Statistiques, disponible en ligne sur http://www.carmf.fr/chiffrescles/Stats/2012/bnc2010.htm le 18 décembre 2012.

51. Site Internet de Médiasanté, disponible en ligne sur http://www.media-sante.com/cfml/urssaf-cpam-carmf-rsi-declaration-cotisation-calcul-taux.php le 18 décembre 2012.

52. Site Internet de Médiasanté, disponible en ligne sur http://www.media-sante.com/prevoyance/auditprevoyance.php le 18 décembre 2012.

53. BIENCOURT M. La prévoyance chez le médecin libéral : mal assuré, gare aux pièges, limites et exclusions. Publié dans LOM, le bulletin d'informations du Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique, n° 122 et lettre du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Deux Sèvres le 4 août 2008.

54. Guide des Jeunes Médecins, à vos côtés pour votre carrière. CNOM. Téléchargeable sur le site du CNOM.

55. MOURIES R. et al., « L'Epuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives », URML Ile-de-France, Commission Prévention et Santé publique, Paris, juin 2007.

56. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au premier janvier 2012. CNOM, Dr M. LEGMANN, Président.

57. URML Ile de France. Recherche médecin désespérément! Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. Commission Conditions d'exercice et démographie, Janvier 2008.

58. Dr MOURIES R., Dr ROUEFF M. Burn-out des médecins : Améliorons la protection sociale du praticien libéral. URML Ile de France, Communiqué de Presse du 1er juillet 2008.

59. REAGJIR. Mission Legmann – Pour la refonte de la médecine libérale. Document de propositions RéAGJIR – Audition du 30 mars 2010.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire

Thèse de médecine générale: comment êtes vous couvert en cas d'incapacité.

Ce questionnaire est anonyme, le remplir ne vous prendra que 3 minutes. Merci de bien remplir toutes les questions et de ne l'envoyer qu'une fois. En vous remerciant de m'aider dans ce travail de thèse.
*Obligatoire

1. Vous êtes: *
un homme
une femme

2. Votre âge * ☐ :

3. Département d'exercice *

- ○ Ain
- ○ Ardèche
- ○ Drôme
- ○ Isère
- ○ Loire
- ○ Rhône
- ○ Savoie
- ○ Haute Savoie

4. Votre activité *

- ○ libérale exclusive
- ○ mixte: salariat prédominant (plus de 50% du temps d'activité)
- ○ mixte: libéral prédominant (plus de 50% du temps d'activité)

5. Votre secteur de conventionnement *
secteur 1
secteur 2
Non conventionné

6. Nombre d'années d'installation? * ☐ :

7. Avez-vous le sentiment d'être personnellement bien couvert contre le risque d'incapacité de travail liée à la maladie où l'accident? *

pas du tout 1 2 3 4 5 6 Oui, très bien couvert

8. Face à une situation personnelle d'incapacité temporaire de travail par maladie ou accident, vous est-il déjà arrivé de ne pas vous arrêter en raison d'une couverture insuffisante? *

jamais 1 2 3 4 5 6 toujours

9. Durant les 5 dernières années, avez-vous été temporairement dans l'incapacité de travailler du fait d'une maladie ou d'un accident? * peu importe la durée. Si vous répondez non passer directement à la question 14.

Oui
Non

10. Si oui, vous êtes-vous arrêté?
Oui
Non

11. Si non (si vous ne vous êtes pas arrêté), votre décision de ne pas vous arrêter a-t-elle été influencée PRINCIPALEMENT par une seule réponse

- ○ le coût de l'arrêt en termes financiers
- ○ autre (permanence des soins, devoir envers les collègues...)

12. Si vous vous êtes arrêté, cet arrêt a-t-il donné lieu à des indemnités journalières?
Oui
Non

13. Si non, pourquoi? (si il n'y a pas eu d'indemnités journalières) plusieurs réponses possibles

- ☐ durée insuffisante/ couverture (carence)
- ☐ absence de déclaration de l'arrêt d'activité
- ☐ cotisations non à jour pour bénéficier d'indemnités
- ☐ Autre : ☐

14. Avez-vous personnellement connu des situations de maladie/accident ayant eu des conséquences financières sur votre activité libérale? * hors accident de travail ou maladie professionnelle
oui
non

15. Avez-vous eu connaissance de telles situations chez des collègues libéraux ? * hors accident du travail ou maladie professionnelle
oui
non

16. Connaissez-vous le délai de carence de la CARMF pour le versement d'indemnités journalières? *

- ○ 15 jours
- ○ 30 jours
- ○ 60 jours
- ○ 90 jours
- ○ Autre : ☐

17. Lorsque vous vous trouvez en situation d'arrêt de travail, vous déclarez cet arrêt systématiquement (quelle que soit la durée) *

- ☐ à la CARMF

- ☐ à la CPAM
- ☐ Autre : ☐

18. Face à une situation d'arrêt ou de diminution d'activité liée à une maladie ou un accident avez-vous prévu une couverture de prévoyance vous permettant de faire face financièrement à l'arrêt d'activité pendant la période de carence de la CARMF? *
oui
non

19. Si oui, laquelle? plusieurs réponses possibles

- ☐ mutuelle ou assurance privée versant des indemnités journalières en cas d'arrêt durant la période de carence CARMF
- ☐ autogarantie financière (épargne personnelle dédiée à cette situation)
- ☐ entraide confraternelle (tontine, contrat d'entraide entre associés, entraide interprofessionnelle)
- ☐ Autre : ☐

20. Si vous n'avez pas souscrit de couverture en plus de vos cotisations obligatoires pouvez-vous dire pourquoi ?

- ☐ coût de la couverture facultative
- ☐ manque d'information sur le sujet
- ☐ manque de temps pour les tâches administratives
- ☐ sentiment de ne pas être concerné (sous entendu vous ne pensez pas être touché par la maladie ou l'accident)
- ☐ Autre : ☐

21. Si vous avez souscrit une mutuelle/assurance versant des indemnités journalières pendant le délai de carence CARMF, savez-vous si celle ci comporte des exclusions ?

- ☐ certains sports à risque (alpinisme, plongée etc.)
- ☐ pathologies psychiatriques
- ☐ période de carence
- ☐ aucune exclusion
- ☐ ne sait pas
- ☐ Autre : ☐

22. Si vous avez souscrit une couverture facultative (hors cotisations obligatoires CARMF, URSSAF) quand l'avez-vous réévaluée ?

- ○ souscrite en début d'installation, vous ne l'avez pas réévaluée
- ○ il y a moins de 5 ans
- ○ entre 5 et 10 ans
- ○ il y a plus de 10 ans

23. Qui vous a déjà conseillé de prendre une couverture facultative dans ce cadre? *

- ☐ Vous-même
- ☐ Famille
- ☐ Confrères

- ☐ assureur privé, mutuelle
- ☐ organismes professionnels (URSSAF, CARMF, CNOM)
- ☐ faculté/séminaire d'information
- ☐ lettre d'information organisme privé (type média santé)
- ☐ personne
- ☐ Autre : ☐

24. Votre situation familiale *
célibataire
vie maritale : conjoint actif
vie maritale : conjoint sans activité

25. Avez-vous des enfants à charge? *
oui
non

26. Vous travaillez * plusieurs réponses possibles

- ☐ seul
- ☐ en cabinet de groupe (avec d'autres médecins libéraux)
- ☐ en cabinet de groupe (avec des paramédicaux)

27. Avez-vous un médecin traitant (autre que vous-même?) * sous-entendu êtes-vous SUIVI (sans forcément déclaration de médecin traitant) par un autre médecin généraliste lorsque vous avez un problème de santé ?
oui
non

28. Etes-vous soigné pour une pathologie chronique? *
oui
non

29. Avez-vous des remarques concernant le sujet de ce questionnaire? *

Annexe 2. Caractéristiques de la population d'étude. Comparaison des deux groupes.

Caractéristiques	Total (*n*=646)		URPS (*n* =230)		MG Form (*n* =416)		*p*
Sexe masculin, *n* (%)	*341*	(52,79)	*127*	(55,21)	*214*	(51,44)	*0,3574*
Age, médiane (25 ème -75ème percentile)	*52*	(40-57)	*52*	(39-57)	*52*	(41-57)	*0,6179*
Département d'exercice, *n* (%)							*< 0,001*
Ain	*50*	(7,74)	*24*	(10,44)	*26*	(6,25)	
Ardèche	*30*	(4,64)	*12*	(5,22)	*18*	(4,33)	
Drôme	*66*	(10,22)	*25*	(10,87)	*41*	(9,86)	
Isère	*181*	(28,02)	*81*	(35,22)	*100*	(24,04)	
Loire	*73*	(11,30)	*29*	(12,61)	*44*	(10,58)	
Rhône	*131*	(20,28)	*31*	(13,48)	*100*	(24,04)	
Savoie	*56*	(8,67)	*19*	(8,26)	*37*	(8,89)	
Haute Savoie	*59*	(9,13)	*9*	(3,91)	*50*	(12,02)	
Activité, *n* (%)							*0,4511*
Libérale exclusive	*541*	(83,75)	*196*	(85,22)	*345*	(82,93)	
Mixte libéral prédominant	*105*	(16,25)	*34*	(14,78)	*71*	(17,07)	
Durée d'installation, médiane (25è-75è percentile)	*20*	(8-27)	*20*	(8-28))	*20*	(8,5-26))	*0,7058*
Situation maritale, *n* (%)							*0,2252*
Célibataire	*98*	(15,17)	*32*	(13,91)	*66*	(15,87)	
Conjoint actif	*409*	(63,31)	*140*	(60,87)	*269*	(64,66)	
Conjoint sans activité	*139*	(21,52)	*58*	(25,22)	*81*	(19,47)	
Enfants à charge, *n* (%)	*496*	(76,78)	*173*	(75,22)	*323*	(77,64)	*0,4842*
Mode d'exercice, *n* (%)							*0,7410*
Seul	*201*	(31,11)	*77*	(33,48)	*124*	(29,81)	
Avec d'autres médecins	*374*	(57,90)	*128*	(55,65)	*246*	(59,13)	
Avec des paramédicaux	*31*	(4,80)	*12*	(5,22)	*19*	(4,57)	
Cabinet mixte	*40*	(6,19)	*13*	(5,65)	*27*	(6,49)	
Déclaration d'un médecin traitant, *n* (%)	*151*	(23,37)	*51*	(22,17)	*100*	(24,04)	*0,5918*
Pathologie chronique, *n* (%)	*166*	(25,70)	*63*	(27,39)	*103*	(24,76)	*0,4636*

Caractéristiques	Total (*n*=646)		URPS (*n* =230)		MG Form (*n* =416)		*p*
Source de conseils relatifs à la prévoyance *n* (%)							
Moi-même	*365*	(56,50)	*132*	(57,39)	*233*	(56,01)	*0,7345*
Assureurs/mutuelles	*242*	(37,46)	*83*	(36,09)	*159*	(38,22)	*0,5915*
Confrères	*219*	(33,90)	*79*	(34,35)	*140*	(33,65)	*0,8584*
Famille	*77*	(11,92)	*25*	(10,87)	*52*	(12,50)	*0,5403*
Faculté ou séminaires	*56*	(8,67)	*16*	(6,96)	*40*	(9,62)	*0,2501*
Organisations prof.	*42*	(6,50)	*13*	(5,65)	*29*	(6,97)	*0,5150*
Asso/organisme privé	*23*	(3,56)	*9*	(3,91)	*14*	(3,37)	*0,7191*
Comptable/AGA	*10*	(1,55)	*6*	(2,61)	*4*	(0,96)	*0,1789*
Syndicat	*5*	(0,77)	*1*	(0,43)	*4*	(0,96)	*0,6602*
Presse	*1*	(0,15)	*0*	(0,00)	*1*	(0,24)	*1,0000*
Personne	*20*	(3,10)	*3*	(1,30)	*17*	(4,09)	*0,0581*

Annexe 3. Attitudes face à l'incapacité de travail. Comparaison des deux groupes.

	Total (*n*=646)		URPS (*n* =230)		MG Form (*n* =416)		*p*
Sentiment d'être bien couvert *n* (%)							*0,0228*
1 pas du tout	*50*	(7,74)	*10*	(4,35)	*40*	(9,62)	
2	*102*	(15,79)	*27*	(11,74)	*75*	(18,03)	
3	*122*	(18,88)	*46*	(20,00)	*76*	(18,27)	
4	*180*	(27,86)	*66*	(28,69)	*114*	(27,40)	
5	*145*	(22,45)	*62*	(26,96)	*83*	(19,95)	
6 oui très bien couvert	*47*	(7,28)	*19*	(8,26)	*28*	(6,73)	
Vous arrive-t-il de ne pas vous arrêter en raison d'une couverture insuffisante? *n* (%)							*0,4691*
1 jamais	*342*	(52,94)	*123*	(53,48)	*219*	(52,64)	
2	*67*	(10,37)	*24*	(10,43)	*43*	(10,34)	
3	*39*	(6,04)	*15*	(6,52)	*24*	(5,77)	
4	*54*	(8,36)	*13*	(5,65)	*41*	(9,86)	
5	*88*	(13,62)	*31*	(13,48)	*57*	(13,70)	
6 toujours	*56*	(8,67)	*24*	(10,44)	*32*	(7,69)	
Incapacité de travail ces 5 dernières années *n*, (%)	*322*	(49,85)	*119*	(51,74)	*203*	(48,80)	*0,4741*
Situation personnelle d'incapacité ayant entrainé des conséquences financières *n*, (%)	*238*	(36,84)	*85*	(36,96)	*153*	(36,78)	*0,9642*
Connaissance de telle situation chez des collègues libéraux *n*, (%)	*484*	(74,92)	*164*	(71,30)	*320*	(76,92)	*0,1147*

	Total (*n*=322)		URPS (*n* =119)		MG Form (*n* = 203)		*p*
Existence d'un arrêt de travail pour incapacité *n* (%)	*248*	(77,02)	*94*	(78,99)	*154*	(75,86)	*0,5194*

	Total (*n*=74)		URPS (*n* =25)		MG Form (*n* =49)		*p*
Motif de non arrêt de travail en cas d'incapacité *n* (%)							*0,8104*
Autre (permanence des soins…)	*40*	(54,05)	*14*	(56,00)	*26*	(53,06)	
Coût	*34*	(45,95)	*11*	(44,00)	*23*	(46,94)	

	Total (*n*=248)		URPS (*n* =94)		MG Form (*n* =154)		*p*
Perception d'indemnités journalières en cas d'arrêt *n* (%)	*156*	(62,90)	*50*	(53,19)	*106*	(68,83)	*0,0134*

	Total (*n*=92)		URPS (*n* =44)		MG Form (*n* =48)		*p*
Motif de non perception d'indemnités journalières en cas d'arrêt *n* (%)							*0,4704*
Durée insuffisante	*83*	(90,22)	*38*	(86,37)	*45*	(93,75)	
Absence de déclaration	*7*	(7,61)	*5*	(11,36)	*2*	(4,17)	
Autre	*2*	(2,17)	*1*	(2,27)	*1*	(2,08)	

Annexe 4. Prévoyance et connaissance du système de couverture. Comparaison des deux groupes.

	Total (*n*=646)		URPS (*n* =230)		MG Form (*n* =416)		*p*
Connaissance du délai de carence CARMF *n* (%)							*0,4950*
15 jours	*8*	(1,24)	*3*	(1,30)	*5*	(1,20)	
30 jours	*31*	(4,80)	*8*	(3,48)	*23*	(5,53)	
60 jours	*8*	(1,24)	*4*	(1,74)	*4*	(0,96)	
90 jours	*592*	(91,64)	*214*	(93,04)	*378*	(90,87)	
Ne sait pas	*7*	(1,08)	*1*	(0,44)	*6*	(1,44)	
Déclaration des arrêts quelle que soit la durée *n* (%)							*0,1801*
Oui	*390*	(60,37)	*149*	(64,78)	*241*	(57,93)	
Non (à personne)	*200*	(30,96)	*63*	(27,39)	*137*	(32,93)	
Aucune expérience	*43*	(6,66)	*16*	(6,96)	*27*	(6,50)	
Ne sait pas	*13*	(2,01)	*2*	(0,87)	*11*	(2,64)	
Couverture financière du risque d'arrêt de travail *n* (%)	*618*	(95,67)	*224*	(97,39)	*394*	(94,71)	*0,1092*

Déclaration des arrêts à :	Total (*n*=390)		URPS (*n* =149)		MG Form (*n* = 241)		*p*
La CARMF	*272*	(69,74)	*109*	(73,15)	*163*	(67,64)	*0,2489*
La CPAM	*211*	(54,10)	*79*	(53,02)	*132*	(54,77)	*0,7359*
La prévoyance facultative/ autre	*146*	(37,44)	*58*	(38,93)	*88*	(36,51)	*0,6325*

Mode de couverture *n* (%)	Total (*n*= 618)	URPS (*n* =224)	MG Form (*n* =394)	*p*

Mode de couverture *n* (%)	Total (*n*= 618)		URPS (*n* =224)		MG Form (*n* =394)		*p*
Assurance/mutuelle versant des IJ	*599*	(96,93)	*219*	(97,77)	*380*	(96,46)	*0,3604*
Autogarantie financière	*46*	(7,44)	*21*	(9,36)	*25*	(6,35)	*0,1678*
Entraide confraternelle	*34*	(5,50)	*14*	(6,25)	*20*	(5,08)	*0,5384*
Autre	*6*	(0,97)	*3*	(1,34)	*3*	(0,76)	*0,6729*

Motif de non couverture *n* (%)	Total (*n*= 28)		URPS (*n* = 6)		MG Form (*n* = 22)		*p*
Coût de la couverture	*14*	(50,00)	*3*	(50,00)	*11*	(50,00)	*1,0000*
Manque de temps	*12*	(42,86)	*5*	(83,33)	*7*	(31,81)	*0,0573*
Insouciance/ confiance en soi	*8*	(28,57)	*3*	(50,00)	*5*	(22,73)	*0,3107*
Manque d'information	*7*	(25,00)	*3*	(50,00)	*4*	(18,18)	*0,1443*
Autre	*4*	(14,29)	*0*	(0,00)	*4*	(18,18)	*0,5487*

	Total (*n*=599)		URPS (*n* = 219)		MG Form (*n* = 380)		*p*
Connaissance d'exclusions au contrat d'assurance/mutuelle *n* (%)							*0,8094*
Oui	*405*	(67,61)	*150*	(68,49)	*255*	(67,10)	
Aucune exclusion	*30*	(5,01)	*12*	(5,48)	*18*	(4,74)	
Ne sait pas	*164*	(27,38)	*57*	(26,03)	*107*	(28,16)	

Exclusions citées *n* (%)	Total (*n*= 403)		URPS (*n* = 149)		MG Form (*n* = 254)		*p*
Sports et activités à risque	*293*	(72,71)	*117*	(78,52)	*176*	(69,29)	*0,0446*
Période de carence	*264*	(65,51)	*94*	(63,09)	*170*	(66,93)	*0,4335*
Pathologies psychiatriques	*102*	(25,31)	*34*	(22,82)	*68*	(26,77)	*0,3783*
Antécédents pathologiques	*43*	(10,67)	*13*	(8,73)	*30*	(11,81)	*0,3327*
Maternité/grossesse patho	*7*	(1,74)	*3*	(2,01)	*4*	(1,58)	*0,7128*
Autre	*2*	(0,50)	*1*	(0,67)	*1*	(0,39)	*1*

	Total (*n*=492)		URPS (*n* =173)		MG Form (*n* =319)		*p*
Réévaluation de la couverture facultative *n* (%)							*0,6808*
Il y a moins de 5 ans	*249*	(50,61)	*94*	(54,34)	*155*	(48,59)	
Entre 5 et 10 ans	*102*	(20,73)	*33*	(19,07)	*69*	(21,63)	
Il y a plus de 10 ans	*60*	(12,20)	*20*	(11,56)	*40*	(12,54)	
Pas réévaluée depuis l'installation	*81*	(16,46)	*26*	(15,03)	*55*	(17,24)	

Durée d'installation

	Total n= 492	De 6 à 15 ans n= 129	De 16 à 25 ans n= 181	Plus de 26 ans n= 182	
Réévaluation de la couverture facultative *n* (%)					*0,0039*
Il y a moins de 5 ans	*249* (50,61)	*82* (63,57)	*86* (47,51)	*81* (44,51)	
Entre 5 et 10 ans	*102* (20,73)	*23* (17,83)	*43* (23,76)	*36* (19,78)	
Il y a plus de 10 ans	*60* (12,20)	*5* (3,87)	*25* (13,81)	*30* (16,48)	
Pas réévaluée depuis l'installation	*81* (16,46)	*19* (14,73)	*27* (14,92)	*35* (19,23)	

Annexe 5. Présence d'une couverture facultative. Facteurs de risque ?

	Total n= 646	**COUVERTURE** n= 618	**PAS DE COUVERTURE** n= 28	*p*
Sexe Masculin *n* (%)	341	325	16	*0,6368*
Type d'activité *n* (%)				*0,6010*
Libéral exclusif	541	516	25	
Mixte Salarié <50%	105	102	3	
Déclaration MT *n* (%)	151	146	5	*0,4806*
Pathologie chronique *n* (%)	166	160	6	*0,5972*
Enfants à charge *n* (%)	496	477	19	*0,2529*
Situation familiale *n* (%)				*1*
Célibataire	98	94	4	
Conjoint actif	409	391	18	
Conjoint sans activité	139	133	6	
Mode d'exercice *n* (%)				*0,1699*
Seul	201	189	12	
En groupe	445	429	16	
Expérience personnelle *n* (%)	238	224	14	*0,1400*
Expérience de collègues *n* (%)	484	465	19	*0,3779*
Nombre d'années d'installation *n* (%)				*0,3133*
Moins de 5 ans	124	117	7	
De 6 à 15 ans	140	131	9	
De 16 à 25 ans	191	184	7	
Plus de 26 ans	191	186	5	
Tranche d'âge				*1*
25-34 ans	61	59	2	
35-44 ans	152	145	7	
45-54 ans	198	189	9	
Plus de 55 ans	235	225	10	

Annexe 6. Score d'imprévoyance technique. Facteurs de risque ?

SCORE D'IMPREVOYANCE TECHNIQUE

	Total n= 646	**0** n= 80	**1** n= 206	**2** n= 184	**3** n= 99	**4** n= 63	**5** n= 8	**6** n= 6	*p*
Groupe *n* (%)									*0,7028*
URPS	230 (35,60)	29 (36,25)	81 (39,32)	66 (35,87)	32 (32,32)	18 (28,57)	3 (37,50)	1 (16,67)	
MG Form	416 (64,40)	51 (63,75)	125 (60,68)	118 (64,13)	67 (67,68)	45 (71,43)	5 (62,50)	5 (83,33)	
Sexe Masculin *n* (%)	341 (52,79)	42 (52,50)	100 (48,54)	97 (52,72)	59 (59,60)	34 (53,97)	4 (50,00)	5 (83,33)	*0,4648**
Type d'activité *n* (%)									*0,7492*
Libéral exclusif	541 (83,75)	69 (86,25)	174 (84,47)	153 (83,15)	84 (84,85)	51 (80,95)	6 (75,00)	4 (66,67)	
Mixte Salarié <50%	105 (16,25)	11 (13,75)	32 (15,53)	31 (16,85)	15 (15,15)	12 (19,05)	2 (25,00)	2 (33,33)	
Déclaration MT *n* (%)	151 (23,37)	29 (36,25)	48 (23,30)	45 (24,46)	16 (16,16)	13 (20,64)	0 (0,00)	0 (0,00)	*0,0208**
Pathologie chronique *n* (%)	166 (25,70)	16 (20,00)	52 (25,24)	49 (26,63)	26 (26,26)	18 (28,57)	3 (37,50)	2 (33,33)	*0,8184*
Enfants à charge *n* (%)	496 (76,78)	56 (70,00)	165 (80,10)	153 (83,15)	64 (64,65)	49 (77,78)	5 (62,50)	4 (66,67)	*0,0093**
Situation familiale *n* (%)									*0,0247**
Célibataire	98 (15,17)	11 (13,75)	18 (8,74)	32 (17,39)	22 (22,22)	13 (20,64)	1 (12,50)	1 (16,67)	
Conjoint actif	409 (63,31)	55 (68,75)	147 (71,36)	112 (60,87)	47 (47,46)	40 (63,49)	5 (62,50)	3 (50,00)	
Conjoint sans activité	139 (21,52)	14 (17,50)	41 (19,90)	40 (21,74)	30 (30,30)	10 (15,87)	2 (25,00)	2 (33,33)	

SCORE D'IMPREVOYANCE TECHNIQUE

	Total n= 646	**0** n= 80	**1** n= 206	**2** n= 184	**3** n= 99	**4** n= 63	**5** n= 8	**6** n= 6	*p*
Mode d'exercice *n* (%)									*0,0011**
Seul	201 (31,12)	24 (30,00)	54 (26,21)	52 (28,26)	41 (41,41)	23 (36,51)	2 (25,00)	5 (83,33)	
En groupe	445 (68,88)	56 (70,00)	152 (73,79)	132 (71,74)	58 (58,59)	40 (63,49)	6 (75,00)	1 (16,67)	
Expérience personnelle *n* (%)	238 (36,84)	26 (32,50)	85 (41,26)	66 (35,87)	37 (37,37)	21 (33,33)	2 (25,00)	1 (16,67)	*0,6322**
Expérience de collègues *n* (%)	484 (74,92)	63 (78,75)	162 (78,64)	132 (71,74)	76 (76,77)	41 (65,08)	6 (75,00)	4 (66,67)	*0,3419**
Nombre d'années d'installation *n* (%)									*<0,0001**
Moins de 5 ans	124 (19,19)	27 (33,75)	48 (23,30)	35 (19,02)	6 (6,06)	8 (12,70)	0 (0,00)	0 (0,00)	
De 6 à 15 ans	140 (21,67)	11 (13,75)	55 (26,70)	40 (21,74)	18 (18,18)	11 (17,46)	5 (62,50)	0 (0,00)	
De 16 à 25 ans	191 (29,57)	17 (21,25)	53 (25,73)	56 (30,44)	39 (39,39)	23 (36,51)	1 (12,50)	2 (33,33)	
Plus de 26 ans	191 (29,57)	25 (31,25)	50 (24,27)	53 (28,80)	36 (36,37)	21 (33,33)	2 (25,00)	4 (66,67)	
Tranche d'âge									*0,0002**
25-34 ans	61 (9,44)	16 (20,00)	25 (12,14)	12 (6,52)	3 (3,03)	5 (7,94)	0 (0,00)	0 (0,00)	
35-44 ans	152 (23,53)	18 (22,50)	56 (27,18)	50 (27,17)	14 (14,14)	11 (17,46)	3 (37,50)	0 (0,00)	
45-54 ans	198 (30,65)	17 (21,25)	66 (32,04)	55 (29,89)	35 (35,35)	22 (34,92)	3 (37,50)	0 (0,00)	
Plus de 55 ans	235 (36,38)	29 (36,25)	59 (28,64)	67 (36,41)	47 (47,48)	25 (39,68)	2 (25,00)	6 (100,00)	

Annexe 7. Remarques des répondants

1. Femme 47 ans : La question 11 ne propose pas le « non arrêt » pour raison de « non maladie » depuis 5 ans. La grossesse difficile entrainait il y a encore quelques années une grosse perte de revenu (la prise en charge administrative semblait différente avec les confrères).

2. Femme 53 ans : J'ai dû m'arrêter en 2008 pour une hernie discale qui a été opérée et ai découvert que je n'avais pas remis à jour mes IJ, ce qui m'a couté cher .De ce fait ayant eu un cancer du sein 3 mois plus tard, je ne me suis arrêtée que le temps de l'intervention et ai fait ma radiothérapie en travaillant. J'ai revu l'assurance mais maintenant j'ai une carence pour le dos et le sein ... votre thèse est donc utile pour rappeler de prendre une assurance et de réactualiser régulièrement.

3. Homme 53 ans : Excellent sujet !! Etant trésorier d'une association d'entraide professionnelle, je sais que les médecins sont mal informés et mal couverts.

4. Femme 36 ans : Le questionnaire exclut-il la maternité? J'ai considéré que oui. Mes réponses auraient été différentes si le questionnaire portait sur maladie, accident ET maternité... Ce questionnaire est source de nombreux biais du fait du point soulevé.

5. Femme 32 ans : Actuellement jeune, je n'ai ai pas rencontré de problème type "maladie". Par contre, il n'existe plus de mutuelle complétant le congé maternité de la sécu, contrat qui a eu existé de façon très courte à la MACSF... La perte de revenu en cas de grossesse normale chez un médecin installé qui souhaite ne pas reprendre 15J après son accouchement est donc très conséquente...

6. Femme 51 ans : Je me rends compte qu'il faudrait que je réévalue ma situation avec mon assurance.

7. Homme 60 ans : La tontine me semble sous-utilisée par les MG. C'est très dommage car ca apporte des revenus importants, fiscalement déductibles par les donateurs (rétrocession d'honoraires). La tontine de mon tour de garde (une quinzaine de participants) permet au confrère en arrêt maladie de toucher 15C/j ouvrable pendant 1 mois. Ca permet de prendre une assurance moins chère, avec délai de carence acceptable.

8. Femme 40 ans : Il me semble que les questions 9 et 14 sont les mêmes. J'aurai souhaité dire à la question 11: pas d'arrêt car pas de problèmes médicaux. Il me semble qu'il aurait fallu évoquer les congés maternités car durant mes installations ce sont les raisons de périodes d'inactivités de mon activité professionnelle avec grosse perte financière...

9. Homme 58 ans : Bon courage pour votre travail, cordialement

10. Femme 52 ans : Impossible de dire qu'on a jamais été malade et impossible de dire qu'on ne sait pas si on est couvert ou pas : on peut ignorer ou oublier ou n'être pas intéressé par sa couverture !

11. Femme 51 ans : Ai couverture mini après délai carence Carmf.

12. Homme 34 ans : Pas de remarques. Bon courage pour la thèse !

13. Femme 31 ans : Sujet à creuser effectivement! J'ai l'impression que nous sommes une profession mal protégée en cas de maladie: on devrait nous sensibiliser le plus tôt possible au sujet et sûrement revoir notre système de couverture en cas d'arrêt grossesse ou maladie...

14. Femme 59 ans : Je n'ai plus d'enfants à charge mais j'en ai eu 2 pendant 26 ans!

15. Femme 37 ans : Merci !

16. Femme 36 ans : C'est très intéressant de se rendre compte qu'on ne sait pas vraiment comment faire en cas de maladie ni comment on est vraiment indemnisé...On manque sérieusement de formation !

17. Femme 32 ans : Remarque concernant les Q7 et 8, grâce à l'assurance privée. Q12 un arrêt inférieur au délai de carence de la CARMF, mais IJ de ma prévoyance, un autre arrêt bref, inférieur au délai de carence de ma prévoyance (8J).

18. Femme 42 ans : Question 8 mal formulée à mon sens.

19. Femme 44 ans : Bonne initiative car je pense que nous sommes majoritairement mal informés sur le sujet ou que nous faisons l'autruche. Peut être que la lecture du questionnaire va donner des idées à certains. Moi même, je vais ressortir mon dossier !!!!

20. Femme 39 ans : La souscription à une assurance pour couvrir les délais de carence et les frais du cabinet est assez souvent évoquée, et pour ma part, je l'ai souscrite dès le départ. En revanche, la souscription à une assurance Accident du Travail ne m'a jamais été proposée, et c'est suite à mes propres démarches que j'ai pu être assurée pour ce risque là. Je reste encore très étonnée que s'assurer pour ce risque ne soit pas obligatoire et automatique, ou au moins proposé par l'Urssaf.

21. Femme 57 ans : Et les femmes enceintes ?

22. Homme 40 ans : Merci et bravo pour ce travail :) Quand les patients se plaignent de leurs 3 jours de carence je leur parle des 90 miens et ils restent sur le *** Qu'on soit libéral ou artisan, c'est comme si on devait être puni en cas de pépin. Genre "Ha ha ! tu as voulu être libéral ? ? ? Takakreuver !"

23. Femme 48 ans : Nous ne sommes pas bien informés à la fac, on apprend ces nécessités sur le tas, et il faut savoir que débuter une assurance jeune et en bonne santé c'est plus facile que déjà malade, car la pathologie en est souvent exclue si on souscrit trop tard.... il faut se payer cette assurance dès le début de l'installation, à la fois pour soit et pour la sérénité de sa famille....

24. Homme 53 ans : Sujet original et qui devrait faire prendre conscience à nos confrères non "prévoyants" de s'en inquiéter rapidement, nul n'étant malheureusement à l'abri... Bonne continuation.

25. Homme 54 ans : Oui, je pense personnellement qu'il faut obliger chaque médecin de souscrire à une prévoyance comme c'est le cas avec l'assurance de voiture pour mettre chaque médecin à l'abri d'une situation financière catastrophique à cause d'une maladie grave ou un d'un accident grave.

26. Femme 54 ans : Je vais revoir mon contrat d'assurances IJ (peut-être!)

27. Femme 36 ans : Très utile, il serait intéressant que nous puissions avoir vos conclusions car trop souvent on nous conseille de se blinder d'assurances et avec leur langage "financier" on ne

comprend pas toujours la même chose que ce qu'ils proposent en réalité!! J'avais pris une assurance en plus pour couvrir mon congé maternité et ils m'ont versé 200 euros pour 4 mois d'arrêt....

28. Homme 60 ans : Les seuls arrêts ont été d'une journée si grippe ou gastro, donc difficile de répondre.

29. Homme 59 ans : Le sujet accident du travail n'est pas abordé (assurance facultative / caisse maladie).

30. Femme 40 ans : Vous parlez des maladies et accidents mais omettez de parler de la maternité qui est aussi une raison d'arrêt "non facultatif" et pour laquelle la prise en charge CPAM ne suffisant pas , il faut prévoir un pécule personnel ou une indemnité mutuelle/assurance.

31. Homme 50 ans : Sujet intéressant. Il y a deux ans, un confrère du canton a du s'arrêter pour raison de santé, et nous avons fait une tontine afin de pallier la carence de la CARMF, à raison de une C par jour et par praticien.

32. Homme 53 ans : J'ai aussi pris une couverture accident du travail à la CPAM

33. Homme 39 ans : Le montant très insuffisant du C ne me permet pas d'être bien couvert et m'impose de travailler 60 h par semaine, 49 semaines par an pour avoir un niveau de vie correct, au dépend de ma santé.

34. Homme 43 ans : Couverture assurance maladie des plus déplorables entraînant de grandes négligences sur notre propre santé.

35. Homme 54 ans : Chaque fois que je me suis arrêté c'était pour des motifs chirurgicaux avec hospitalisation car la prise en charge est effective dès le premier jour en cas d'hospitalisation supérieur à 3 nuits. Je suis volontairement resté 3 nuits pour être indemnisé. Mes arrêts ont été inférieurs à 15 jours malgré mon indemnisation Méniscectomie 15 Jours d'arrêt, Cholécystectomie 10 jours d'arrêt.

36. Homme 60 ans : Carmf : 30 jours en accident et 30 jours en maladie.

37. Femme 55 ans : Je ne suis pas célibataire mais veuve.

38. Femme 31 ans : Sujet très intéressant.

39. Homme 57 ans : Je n'en vois vraiment pas l'intérêt pour une thèse de médecine générale.

40. Femme 52 ans : Pas de possibilité de réévaluer les contrats d'assurance complémentaire ou changer d'assureur quand on a vieilli et eu des pathologies car il y aura exclusion systématique de ces pathologies. Mieux vaut garder le contrat d'origine, faible mais sans exclusion.

41. Homme 59 ans : La couverture des risques d'arrêt de travail étant inexistante dans notre profession, ceci aggravera encore le déficit d'installations en médecine libérale si rien n'est fait.

42. Femme 58 ans : Bon courage chère consœur!

43. Homme 38 ans : Vous auriez peut-être dû différencier les arrêts maladie très courts (genre un ou deux jours), des plus longs. Par exemple, je me suis déjà arrêté deux fois une demi-journée pour cause de gastroentérite, ce qui m'oblige à répondre oui aux questions 9, 10, 11, 12 et 14, alors que la perte de revenus est réelle, mais très faible.

44. Homme 56 ans : Sujet intéressant, j'aimerai recevoir quand cela sera possible un compte rendu du questionnaire.

45. Homme 64 ans : Je souscris à l'assurance volontaire accident du travail de la Cpam, déductible.

46. Homme 32 ans : Sujet pertinent. Mais devrait inclure la couverture Accident de Travail. Je me demande quelle est la proportion de médecins libéraux couverts pour les Accidents de Travail, et l'intérêt de le faire.

47. Femme 37 ans : Personnellement à la question arrêt de travail: je ne savais pas quoi répondre dans mon cas: je me suis arrêtée pour une grossesse (pour moi ça ne rentre pas dans le compte d'une maladie!!) Mais je peux juste dire que je n'ai pas pris un congé complet car les charges du cabinet étaient trop importantes....

48. Femme 39 ans : Non concernée par l'item 11 car pour l'instant jamais confrontée à ce type de problème.

49. Homme 55 ans : Sur la forme, ce type de questionnaire est le moins chronovore expérimenté. Sur le fond, bravo pour le choix des questions qui participe de la fluidité. Le thème comporte des aspects fiscaux non négligeables, et pour cette raison même, le rapport au temps. Et comme, dans le cas d'espèce de la situation de libéral, le compteur démarre dès l'installation, c'est une question qui doit être abordée dès la faculté, et être relayée par le CO.

50. Homme 59 ans : Je pense être mal informé pour ces problèmes.

51. Femme 52 ans : Etant une femme, la couverture maternité n'est pas prévue dans ces assurances complémentaires.

52. Homme 50 ans : Tombe bien, je suis en train de faire réévaluer les IJ qui étaient devenues insuffisantes.

53. Homme 37 ans : Bonne idée de travail.

54. Homme 44 ans : Importance de faire des séminaires annuels sur la prévoyance

55. Femme 33 ans : Bon courage, bonne continuation cordialement

56. Femme 57 ans : J'ai été arrêtée durant 5 mois en 2004 pour un cancer du sein. J'ai continué à payer mes cotisations, puis je me suis arrêtée 6 mois mais pas en maladie, pour me remettre complètement, réévaluer ma situation et changer de mode d'installation, puis j'ai fait des remplacements. Mes revenus ont beaucoup baissé, mais j'ai continué à payer la CARMF sans déclarer cet arrêt momentané (non déclaré aux assurances et non rémunéré). Ensuite mes charges CARMF ont baissé, mais j'ai eu la mauvaise surprise de constater que la CARMF m'avait supprimé trois trimestres de cotisation qui vont manquer pour ma retraite, alors que je n'ai jamais demandé de tarif particulier. J'aurais préféré payer davantage de Carmf et ne pas perdre de trimestres. Autrement dit, pour un arrêt maladie de 5 mois j'ai perdu trois trimestres et je vais devoir travailler plus longtemps! C'est pour une maladie grave pourtant. Et surtout, je n'étais pas informée de ce risque.

57. Femme 56 ans : Sujet pouvant être utile et informatif

58. Homme 53 ans : Je suis médecin généraliste MEP (expertise particulière) médecine vasculaire. Conscient que les médecins sont mal suivis médicalement...

59. Homme 57 ans : Surement très instructif et utile ! bien vu ! Bon courage ; Perso à 50 ans j'ai eu un cancer de la prostate : prostatectomie radicale avec évidemment troubles urinaires et sexuels (récupérés depuis heureusement) je me suis arrêté 15 jours...

60. Homme 49 ans : Bonne idée de faire réagir les médecins sur ce sujet. Les dentistes sont mieux formés à cette notion de prévoyance.

61. Femme 40 ans : Sujet très intéressant car nous sommes très négligents en matière de prévoyance de santé. J'imagine qu'aucun de nous ou du moins très peu ont un suivi médical...À suivre…

62. Femme 56 ans : Je pense que la plupart des médecins ont une assurance complémentaire (délai de carence de la CARMF). Par contre, peu sont assurés en cas d'accident du travail, ce qui est mon cas.

63. Homme 43 ans : Qu'en est-il de la pathologie en accident du travail pour le médecin libéral ?

64. Homme 52 ans : Attention au recrutement d'un panel de médecin significatif ...

65. Femme 32 ans : Parfois on se demande à quoi sert une prévoyance qui ne permet pas de verser des IJ pour des risques déjà connus avec des exclusions bien plus larges (concernant tout l'appareil touché) que le simple antécédent concerné (récidive d'une pathologie bénigne ou non), amenant moi-même et certain confrères à ne pas souscrire de prévoyance devant l'augmentation des cotisations demandées pour ne pas couvrir de toutes les façons une récidive... ce qui n'existe pas dans le régime général et que je trouve personnellement scandaleux.

66. Homme 39 ans : Ce sujet me paraît très intéressant, très pertinent. Le manque d'information est marquant dans ce domaine. Si nous avons tous le délai de carence de 30 jours, nous sommes peu informés des démarches administratives à faire en cas d'arrêt maladie, et des critères d'exclusion des assurances complémentaires.

67. Femme 51 ans : Alors finalement, que faut-il faire??

68. Homme 53 ans : Couverture minimale dans l'ensemble, mais cela correspond à ma philosophie de vie : Assez de " surprotection" de sinistrose; sachons prendre des risques, et attention aux requins de l'assurance !

69. Homme 50 ans : Question 17 restrictive

70. Homme 48 ans : Pas de conseil et seul au monde

71. Homme 50 ans : Situation de maladie et d'arrêt encore inédite pour l'heure, profession exigeant un engagement important !!

72. Femme 55 ans : Intéressant

73. Femme 52 ans : C'est une bonne idée

74. Homme 56 ans : J'ai dû m'arrêter pendant 16 mois et bien heureux d'avoir eu la géniale idée de m'assurer pour le risque maladie auprès d'une compagnie spécialisée et j'ai pu bénéficier d'indemnités dès le 1er jour ce qui a sauvegardé mon cabinet et ma famille ...Donc je le conseille à TOUS les libéraux, médecins, para médicaux ou artisans quelconques.

75. Homme 63 ans : Suis probablement négligeant et en trop bonne santé !!!!!

76. Homme 63 ans : Je suis en fin de carrière et donc de moins en moins concerné par le risque financier.

77. Femme 36 ans : Pas assez informés avant notre installation.

78. Femme 54 ans : Etant donné que j'ai eu plusieurs arrêts j'ai répondu oui et non parfois à la même question, votre questionnaire ne prévoit pas ce cas comme si on s'était dans sa carrière arrêté au plus une fois!

79. Homme 50 ans : Judicieux car "oblige" à refaire un peu le point

80. Homme 60 ans : Toujours le même problème: le médecin est un être humain, le patient aussi; tous deux ont des familles ; tout cela humain ; les réponses OUI/NON sont purement de la Statistique. Pour la pathologie chronique, question 28, je me relève tant bien que mal d'un Burn Out, un vrai, j'avais un ange gardien, et eu la chance qu'un psychiatre me pren..me convoque presque une heure après mon coup de téléphone dans son cabinet. Il est évident que la couverture assurantielle des médecins libéraux est une honte dans un pays se voulant civilisé!!!

81. Femme 42 ans : Délai de carence de 15 jours des assurances privées et 3 jours si hospitalisation. Mais surtout problème d'exclusion de pathologies ou autres chirurgies suite à des incidents antérieurs à l adhésion qui entraine des situations de précarité.

82. Homme 59 ans : J'aimerais recevoir les résultats en vue de travail syndical.

83. Homme 54 ans : Il existe aussi l'adhésion à une assurance de remplacement d'urgence en cas d'accident.

84. Femme 60 ans : En tant que conseiller ordinal, nous faisons 1 journée information pour les jeunes confrères 1fois /an et les sensibilisons à ce sujet très important car la maladie ou les accidents n'arrivent pas qu'aux autres. Nous avons développé dans notre conseil de Savoie une mission entraide pour aider les confrères face à ce genre de difficultés qui peut devenir dramatique, s'il n'y a pas une bonne protection et /ou des revenus autres que ceux de l'activité libérale

85. Femme 57 ans : On ne s’arrête jamais. Trop difficile. Nombreuses charges qui ne se stoppent pas avec l’arrêt. Il faudrait augmenter l’indemnité journalière mais le coût est trop excessif.

86. Femme 56 ans : Nous nous sommes assurés mon associé et moi pour le cas où l’un d'entre nous serait dans l’impossibilité de poursuivre son activité professionnelle dit "contrat de groupe"

87. Homme 59 ans : Il n'y a pas de question sur le montant de l'indemnité journalière, en bref : comment évaluer le montant des indemnités à percevoir pour couvrir les frais et assurer son train de vie. Savoir qu'il est très difficile de réévaluer le montant des indemnités dès qu'apparait une pathologie qu'elle soit aigue ou chronique

88. Homme 60 ans : A la question 26: je travaille parfois seul, parfois à deux ou trois, en fonction des saisons ou intersaisons, ou de la disponibilité des associés (temporaires ou permanents). A la question 27: je travaille en secteur montagne et je n'ai pas le choix d'un médecin traitant qui ne soit pas directement dans mon secteur proche d'activité. Ceci dit, je reconnais que ce n'est pas une raison suffisante en soi. J’attends les résultats et conclusions de votre thèse, quand elle sera terminée, si cela vous est possible. Bon travail en tout cas.

89. Homme 61 ans : Reste-t-il anonyme? Bonne thèse!!

90. Homme 51 ans : Il manque des questions et donc des conseils pour dire aux MG de s'inscrire en accident du travail à la CPAM ! Facultatif mais vivement conseillé d'autant plus que ce n'est pas très cher

91. Homme 55 ans : Un rappel sur la non prise en charge au titre des accidents de travail ou des maladies professionnelles pour les médecins libéraux par l'assurance maladie serait utile. Peu de médecins savent qu'il faut prendre une cotisation volontaire auprès de la CPAM, perçue par l'Urssaf.

92. Femme 62 ans : Le délai de carence pour les IJ versées par les assurances est dans l'ensemble beaucoup trop long (1 mois). Il est raccourci uniquement en cas d'hospitalisation supérieure à 4 jours. Compte tenu des hospitalisations de plus en plus courtes en cas d'intervention chirurgicale il est évident que les IJ ne sont pratiquement jamais versées (même si l'arrêt de travail est justifié). Il serait tout de même intéressant que les compagnies d'assurance revoient ce problème.

93. Femme 51 ans : Le problème des IJ est une cause de "non-arrêt" fréquent, 15j de carence pour maladie c'est trop. Je suis de la génération où nous n'avions qu'une indemnité dérisoire pour la grossesse, et pas de prise en charge si pathologie. Je me suis arrêté récemment pour raison de santé, j'avais prévu une bonne compensation avant les 50 ans ce qui est très important, et étant en bonne santé (pas d'exclusion sauf psy). Il faut que les jeunes installés soient attentifs à leurs assurances, ça peut être dramatique quand vous êtes malades et très stressant.

94. Homme 62 ans : Intérêt d'une tontine, mais se pose le problème du nombre d'adhérents, de ses statuts, des sommes versées etc. et lorsqu'elle fonctionne de son "statut" fiscal ....Bien cordialement

95. Homme 60 ans : Très bien

96. Femme 57 ans : Sujet intéressant, je me suis fais avoir sur ma couverture complémentaire qui ne prend pas en charge les frais de fonctionnement du cabinet, je pense avoir manqué d'information au début de mon activité quand j'ai contracté l'assurance complémentaire

97. Femme 33 ans : Très bon sujet...Mauvaise couverture des médecins par la CARMF, malgré la lourdeur des cotisations!! Difficile de prendre le congé maternité légal de 16 semaines sans recourir à l'épargne perso quand on exerce en cabinet (le cumul des IJ sécu + primes maternité de l'organisme de prévoyance peine à couvrir l'ensemble des charges fixes +maintien de revenu minimum). Mais il parait que c'est déjà tellement mieux qu'il ya 10 ans...

98. Femme 34 ans : On ne connaît pas la question de recherche.

99. Homme 43 ans : Excellente idée de travail.

100. Homme 64 ans : Intéressant.

101. Femme 51 ans : Je vais revoir le montant de mes indemnités dans 8 j avec la GMF.

102. Femme 36 ans : Pas de situation d'arrêt de travail à ce jour, je ne sais donc pas à qui déclarer un éventuel arrêt.

103. Homme 58 ans : Il y a deux assurances, une d'indemnité journalière et une autre des frais du cabinet. Pour ma part je n'ai pris que la première et celle-ci couvre à peine les frais. Heureusement que j'avais épargné depuis quelques années.

104. Homme 58 ans : Pas de couverture en cas d'accident du travail.

105. Homme 46 ans : Très bien de nous occuper de nous.

106. Femme 34 ans : Bonne initiative. Dans l'attente des résultats.

107. Homme 54 ans : Bonne idée. Vous ne demandez pas le délai de la prise en charge en cas d'assurance privé et pour quelle raison, élément très important a la souscription et déterminant pour le prix... et frein pour certains de s'arrêter.

108. Femme 37 ans : Manque d'information de façon générale, et insouciance du cordonnier toujours le plus mal chaussé...

109. Femme 37 ans : C'est peut-être de la pub mais je recommande la prévoyance Macsf : formalités simples en cas d'arrêt, règlements réguliers et rapides, prise en charge de mes 2 grossesses patho jusqu'à la veille de l'accouchement puis suites de couches=pas de stress financier pour pouponner! Un vrai luxe indispensable!

110. Femme 51 ans : Très intéressant, ce serait bien d'avoir une assurance qui nous prenne en charge dés le 1er jour maladie et non avec des délais de carence!!!

111. Femme 34 ans : La question 8 ne me concerne pas pour l'instant mais elle était obligatoire... mal posée?

112. Femme 40 ans : Pourrais-je recevoir le fruit de cette thèse dont le sujet est fort intéressant?

113. Homme 44 ans : J'ai eu des problèmes de santé qui auraient pu entrainer un arrêt de travail mais j'ai toujours continué à travailler rupture LCA , Xie.

114. Femme 35 ans : Je viens de prendre un congé maternité et si j'avais pu le faire je me serais arrêtée bien avant mais difficile financièrement quand on va prendre 4 mois derrière!! Résultat, une MAP lors de mon dernier jour de travail à 33 SA!! Dommage que votre questionnaire ne s'intéresse pas au congé maternité des femmes médecin.

115. Femme 62 ans : Je suis personnellement en grosse difficulté (problèmes de santé qui diminuent mes capacités) pour travailler sérieusement et efficacement mais je suis obligée de continuer pour arriver à un niveau décent de retraite (encore 3 ans pour atteindre les 65 ans malgré un nombre de trimestres suffisant) car pas suffisamment invalidée.

116. Femme 31 ans : Bon sujet de thèse. Perso, j'ai eu une GEU l'année dernière, rompue, hospit en urgence, etc. l'hospit n'a duré "que" 2,5 jours, la prévoyance prenait en charge qu'après 3 jours d'hospit... donc pas d'IJ. Suite à cette GEU, suis en exclusion pour la grossesse. Je suis actuellement enceinte, MAP et en arrêt depuis 3 mois, la prévoyance ne m'a donc rien versé pendant les 3 mois de carence de la CARMF ! Il faut se battre pour une meilleure prise en charge !

117. Femme 55 ans : Sujet un peu "tabou" par manque de temps et d'informations sujet mal maitrisé et problème de la concurrence entre assureur banques...

118. Femme 40 ans : Cela veut-il dire que nous devons obligatoirement être surprotégés car il est vrai que le frein majeur de ces souscriptions de contrat reste le coût financier de leurs cotisations.

119. Homme 62 ans : Seuls les confrères qui ont eu des difficultés de santé sont véritablement aptes à répondre. N'ayant jamais eu de vrai problème de santé, je trouve l'assurance très chère, surtout que les primes augmentent avec l'âge. Mon comptable me conseille pourtant vivement de garder cette assurance, ...d'autant plus qu'elle est en partie déductible.

120. Homme 39 ans : C'est une question intéressante.

121. Femme 35 ans : Remarques sur le côté technique du questionnaire on est obligé de répondre à TOUTES les questions, même celles qui ne nous concernent pas pour pouvoir envoyer le questionnaire!

122. Homme 33 ans : Bien content d'avoir mon assurance facultative Madelin (cotisations déductibles) pendant mon arrêt de 2 mois ½. Bon courage.

123. Homme 58 ans : Je n'ai jamais compris pour quelles raisons le délai de la CARMF était de 90jours. La thèse pourra-t-elle apporter du poids à une modification de ces carences ?

124. Homme 60 ans : Je n'ai pas de remarque particulière, il me semble complet. Il semble avoir un apriori, mais je ne pense pas qu'il comporte de véritable biais si ce n'est la sélection des répondants qui risque de se faire dans le sens de votre apriori. De toute façon, il ne peut que servir notre intérêt. Bienvenue parmi notre confrérie.

125. Homme 35 ans : Bon courage.

126. Femme 50 ans : J'ai découvert l'absence de possibilité de mi temps thérapeutique de mon assurance privée quand j'en ai eu besoin.

127. Femme 41 ans : Peut-être rajouter des questions concernant les congés de maternité?

128. Femme 54 ans : J'aimerais avoir les résultats de votre thèse et les éléments de comparaison entre les mutuelles en particulier celles concernant la MACSF à laquelle j'ai souscris, merci. Adresse suivante …….@gmail.com

129. Femme 30 ans : Bon courage!

130. Homme 42 ans : J'aurais demandé le pourcentage que représentent les indemnités souscrites pour la période de carence de la carmf par rapport à son chiffre d'affaires

131. Femme 45 ans : La cotisation à l'assurance prévoyance en cas de problème de santé (MEDIA SANTE pour ne pas la citer) est très chère et couvre à peine les frais de fonctionnement quand arrêt de 3 semaines GLOUPS!!!! et là je viens de prospecter avec autre assurance la MACSF et c'est encore plus cher.....GLOUPS GLOUPS .....GLOUPS.....GLOUPS.....(Je mets un peu d'humour) vive le travail libéral et il faut avoir foi en son métier pour exercer à l'heure actuelle et la pathologie que j'ai m'empêche de vivre normalement et de profiter des petites choses de la vie en plus exempte de gardes et de visites à domiciles depuis 2 ans et cela ne va pas en s'arrangeant et je n'ai que 45 ans....; 12 heures de travail par jour en moyenne + la compta + le ménage + les courses pour entretien du cabinet + courriers administratifs + tout le reste .....mais quel beau métier qu'est la médecine générale!!!!!!!!!! Sans ironie aucune vraiment. Bon courage pour votre thèse.

132. Femme 50 ans : Bravo pour ce questionnaire, trop rare dans notre milieu médical. Je pense qu'il serait aussi souhaitable de demander la situation des médecins face à un ressenti ou une réalité de burn out, cela pourrait permettre de repérer les collègues en danger. Merci et bonne suite.

133. Femme 32 ans : Original, bon courage.

134. Femme 50 ans : Merci de faire un peu le point sur tout cela, pourvu que cela débouche sur quelques conseils et recommandations utiles!

135. Homme 57 ans : Il est navrant qu'il soit quasi indispensable de faire appel à des assureurs privés, parce qu'une fois qu'on est atteint d'une pathologie chronique, il devient presque impossible de faire réévaluer sa couverture d'IJ.

136. Femme 40 ans : J'espère que l'on aura le résultat du dépouillement des questionnaires.

137. Homme 62 ans : Intéressant, à fouiller, pour les suivants (nos internes).

138. Femme 33 ans : Intéressant! Bon courage!

139. Homme 63 ans : Très importante question que celle-ci. NB: j'ai également une couverture en cas d'accident du travail par cotisation volontaire auprès de la CPAM. Je n'ai vu aucune question ayant trait à ce problème. Ma part d'activité salariée m'offre aussi les mêmes garanties qu'aux salariés exclusifs.

140. Homme 49 ans : Sujet intéressant rarement recherché et abordé peut-être aurait-il été intéressant de poser la question du cout de cette complémentaire et de sa forme fiscale (MADELIN ou autre).

141. Homme 58 ans : La connaissance de mon contrat d'assurance pour les IJ est très floue.

142. Femme 55 ans : Manque d'information sur les risques liés à une interruption de travail pour cause de santé.

143. Femme 50 ans : Je n'ai pas fait réévaluer le montant des IJ pour ma prévoyance car cela implique de nouveau un questionnaire médical, et probablement une exclusion pour une pathologie en cours.

144. Femme 40 ans : Sujet intéressant qui n'était jamais abordé dans le cursus universitaire en tout cas à l'époque de ma formation (thèse en 1999). Il faut également savoir que les frais médicaux en cas d'ACCIDENT DE TRAVAIL ne sont pas pris en charge par la CPAM il faut également souscrire une assurance complémentaire pour cela ....

145. Homme 62 ans : Q 22: assurance souscrite en début d'activité et réévaluée ensuite.

146. Homme 61 ans : Enquête très superficielle.

147. Homme 50 ans : Je n'ai jamais pris le temps de comparer les offres en termes d'assurance complémentaire. Je m'étais renseigné au début de mon installation et les prix étaient à l'époque prohibitifs pour moi. Il faut que je re-pense à la question. Votre questionnaire aura eu ce mérite. Cordialement.

148. Femme 37 ans : Il faudrait aborder le problème des congés maternités avec des IJ bien trop insuffisantes et qui obligent à raccourcir le délai de celui-ci.

149. Femme 49 ans : Intéressant de prendre 3 mins pour se poser des questions à soi-même.

150. Femme 32 ans : Et le congé maternité?

151. Homme 56 ans : LA CARMF A REDUIT SANS PREAVIS EN MARS 2012 DE 33% LES ALLOCATIONS DU REGIME INVALIDITE DECES POUR LES MEDECINS AYANT DES REVENUS INFERIEURS A 36000 EUROS ANNUEL ET AUGMENTE DE 25% CELLES DES CONFRERES AU DESSUS DE 109000 EUROS ANNUEL... CE REGIME REFORME EST EN EQUILIBRE ET REPRESENTE 2% DU BUDGET CARMF CIBLANT ET PENALISANT LA FAMILLE DES MEDECINS PAUVRES MALADES OU INVALIDES.

152. Femme 35 ans : Le problème du congé maternité n'a pas été soulevé avec des IJ insuffisantes.

153. Femme 35 ans : Merci de nous faire part de ces résultats...

154. Femme 54 ans : Carence de 14 j en cas de maladie donc arrêt de travail RARE. Carence de 3j en cas d'hospitalisation.

155. Homme 33 ans : Sujet d'études très intéressant.

156. Femme 43 ans : Sujet intéressant à creuser.

157. Femme 39 ans : Très intéressant sujet car peu d'information et peu de couverture si ce n'est par les organismes privés.

158. Homme 52 ans : Facile et rapide.

159. Homme 58 ans : Non mais cela peut être utile.

160. Homme 37 ans : Aucune remarque. Il faut séparer la maladie et l'accident de travail car nous sommes assurés de principe pour l'un et non pour l'autre.

161. Homme 53 ans : Pertinent.

162. Homme 62 ans : La CPAM devrait nous prendre en charge avec toutes les garanties des travailleurs salariés puisque nous dépendons d'elle en tant que médecin de secteur 1.

163. Homme 56 ans : Sujet intéressant mais je n'ai jamais, et c'est heureux, été confronté à une situation m'obligeant à m'arrêter plus de 2 jours.

164. Femme 52 ans : Suivi médical par mari médecin mais un peu succinct.

165. Femme 60 ans : Le sujet, non, mais la question 17 : je SAIS ce qu'il faut faire, mais ne l'ai jamais fait (dépression ++ il y a 11ans, j'ai perdu plein de patients qui me trouvaient trop triste, et au retour des vacances, il y a 2 ans, entorse poignet: comment ne pas reprendre ?). Bon, tant de patients refusent des arrêts maladie pour ne pas se faire " virer "...

166. Femme 37 ans : Pas de question sur la maternité .....Dommage.

167. Femme 34 ans : Ma nouvelle adresse mail est ....@gmail.fr pour la suite de vos questions s'il y a lieu mais c'est intéressant car cela nous fait poser des questions.

168. Homme 59 ans : Il n'est pas question de l'assurance AT de la sécurité sociale, pas chère et intéressante.

169. Homme 58 ans : Très important d'aborder ces questions Mais aussi comment se soigne-t-on quand on est médecin. Pourquoi n'y a-t-il pas une médecine du travail obligatoire pour les

libéraux Etc. Merci de me faire parvenir les résultats de ce travail. Bien cordialement vôtre ….@wanadoo.fr

170. Femme 57 ans : Question sur le coût de l'assurance privée et sur la valeur de l'indemnisation moyenne.

171. Homme 58 ans : Intéressant à développer.

172. Homme 43 ans : Le délai de 90 j de la CARMF EST HALLUCINANT - 100 % des mes arrêts maladies sont des salariés -qui se plaignent parfois des 3 j de carence- aucune profession n accepterait un paiement a partir du 90ème jour - paiement farfelu en plus -90 euros par jour - quel médecin gagne 90 euros par jour ?? - conclusion -90 jours de carence a un salarié puis paiement de 15 % de son salaire au 91 ème jour = probable révolution.

173. Homme 39 ans : Toujours pas convaincu de l'utilité de cette prévoyance par rapport à une auto assurance bien gérée ou une tontine.

174. Homme 55 ans : Sujet très important et toujours sous estimé (situation dramatique que peuvent connaître nombre de médecins). Les jeunes ont certainement plus conscience de la nécessité de bien couvrir certains risques. On est toujours pas assez informé sur l'évolutivité de la prise en charge (par exemple les indemnités versées seront calculées par rapport au chiffre d'affaires de l'année précédente : il faudrait adapter sa cotisation chaque année pour éviter des surprises ; les tontines ne sont pas toujours suffisantes et c'est le moins que l'on puisse dire ...).

175. Femme 40 ans : Très bon sujet de thèse!

176. Homme 62 ans : Malheureusement les commissions d'entraide du conseil de l'ordre (j'en fais partie) sont amenées à donner des coups de main dans de fréquents problèmes d'imprévoyance.

177. Femme 42 ans : Intéressant.

178. Homme 59 ans : CARMF = VOL.

179. Femme 33 ans : Le sujet de la maternité n'est pas abordé ici pourtant c'est cela qui pose le plus de problème j'ai perdu 10 000 euros lors de ma dernière grossesse. J'attends donc d'avoir 10 000 euros de côté pour envisager mon 3° enfant!!!

180. Femme 45 ans : Me parait utile de faire le point!

181. Femme 40 ans : Sujet préoccupant thèse intéressante.

182. Femme 43 ans : Très bon sujet de thèse, j'attends avec impatience les résultats et les conséquences en termes de décision politique pour notre état de santé. Les médecins sont les plus mal soignés !!! Et les plus mal assurés !!!

183. Femme 45 ans : Aucune. Bonne chance.

184. Homme 57 ans : Couverture assurance personnelle souvent insuffisante découverte exclusion lors récidive pathologie = reprise plus rapide de mon travail et je fais attention maintenant à ne pas récidiver.

185. Homme 56 ans : La prévoyance est une priorité à mettre en place des le début de son activité professionnelle même en tant que remplaçant.

186. Femme 32 ans : Très bon sujet de thèse intéressée par la conclusion de ce questionnaire

187. Homme 42 ans : Bonne idée! :)

188. Femme 40 ans : J'aimerais bien avoir les résultats de la thèse car nous sommes tous concernés...

189. Homme 61 ans : Pour la dernière question je me soigne seul.

190. Femme 35 ans : Nous sommes très peu informés sur ce point au cours de nos études.

191. Homme 59 ans : Intéressant....!!! Etant moi même maitre de stage de SASPAS j'explique régulièrement à nos étudiants que chiffre d'affaires n'est surtout pas bénéfice, que la gestion d'un cabinet médical est celui d'une entreprise dont le salarié et l'employeur c'est vous et que vous êtes en charge d'une famille donc l'aide d'un expert quelque soit son prix sous la forme d'un conseil comptable juridique et fiscal est indispensable et oui la gestion d'un cabinet médical a un coût certain et un .... Bonne chance.

192. Femme 49 ans : Oui, si on est malade moins de 1 mois on n'a quand même pas la possibilité de s'arrêter et le cercle vicieux du non rétablissement guette pour absence d'arrêt de travail: pourquoi pas 3 jours de carence comme tout le monde !!!

193. Femme 55 ans : Situation familiale >> vous n'avez pas évoqué le veuvage c'est mon cas je coche célibataire mais ce n'est pas pareil!!

194. Homme 57 ans : En dehors des IJ pour maladie, le gros risque est celui de l'invalidité "professionnelle" avec importance d'une assurance tenant compte d'un barème d'invalidité professionnelle et non de droit commun.

195. Homme 44 ans : Merci de faire connaître vos conclusions.

196. Femme 45 ans : Je serais intéressée d'avoir les résultats de l'enquête ou résumé de la thèse. Sujet très pertinent

197. Homme 42 ans : C'est intéressant. Concernant les déclarations à la CPAM ou à la CARMF, vous ne précisez pas la durée des arrêts. Dans mon cas, il est évident qu'un arrêt de UN jour, n'a pas été déclaré.

198. Homme 33 ans : Il est indispensable de se poser ces questions lors de son installation et de revoir nos contrats couverture régulièrement.

199. Homme 62 ans : Concernant non le sujet, mais la forme du questionnaire, je constate qu'un certain nombre de questions ne permettent pas de réponses du type : non concerné, ne sais pas, ne peut répondre, ne veut pas répondre, etc.... Cette carence fréquente des questionnaires établis pour des travaux de thèse, outre le fait qu'elle génère une frustration pour le répondeur qui n'a pas la possibilité de s'exprimer librement ou complètement, est une évidente cause de biais, d'erreur méthodologique (réponse inadéquate) et de risque de mauvaise interprétation des réponses. On pourrait dire, une faute déontologique !

200. Femme 57 ans : Je me répète: je n'ai jamais eu à envisager un arrêt de travail en 25 ans d'installation. Votre questionnaire est mal fait Cf questions numéro 8 et 23.

201. Femme 50 ans : Ayant un fils handicapé, je me suis bien renseignée pour ne pas avoir de problèmes financiers ou le moins possible si je devais arrêter mon activité professionnelle pour maladie ou accident.

202. Femme 31 ans : J'ai failli être exclue de toute prévoyance à cause de mon ATCD de dépression : c'est uniquement grâce à des relations que j'ai pu finalement être acceptée dans la mutuelle (GPM) avec comme seule exclusion dépression et conséquences. C'est assez stressant de se dire que si je rechute je n'aurai droit à rien, y compris par la CARMF les 1ères années d'installation...ça me fera peut-être repasser au salariat si ça m'arrivait...Je ne comprends pas cette injustice par rapport aux médecins salariés et alors que nous soignons des gens tous les jours (et sans dépassement..)!

203. Homme 56 ans : Ce questionnaire est surtout valable pour les confrères qui ont eu une maladie et personnellement j'ai eu la chance de ne pas en avoir mais je suis bien assuré tout de même.

204. Homme 33 ans : Question 8 : réponse obligatoire alors qu'on n'a pas forcément été dans cette situation...

205. Homme 55 ans : Question 8: cette situation ne m'est jamais arrivée

206. Homme 60 ans : Pas eu de problème de santé ces 5 dernières années

207. Femme 35 ans : Rien sur les congés maternité???

208. Homme 55 ans : J'ai fini par pouvoir m'assurer mais il est extrêmement difficile de s'assurer en cas de maladie chronique. Les assureurs préfèrent refuser le contrat plutôt que de prendre le risque de prendre en charge " à l'exclusion de". Ce n'est qu'au bout de plusieurs années d'exercice que l'assureur a accepté de prendre le risque (le courtier local a du batailler pour que ce soit accepté avec une surprime de 50%).

209. Homme 52 ans : N'AYANT EU D'ARRET DE MON ACTIVITE DEPUIS MON INSTALLATION, N'AYANT PAS RELU MES CONTRATS UNE SEULE REMARQUE JE DEVRAIS ME PENCHER SUR CE SUJET .....DEMAIN .....

210. Femme 34 ans : Encourager à prendre une prévoyance avant tout problème de santé ou toute grossesse éviterait à des collègues des exclusions ou des refus d'assurance.

211. Homme 54 ans : J'ai la chance de n'avoir jamais eu besoin de stopper mon activité mais même en étant BIEN couvert je sais qu'il y aura 1 perte de revenu conséquente et qu'il faut impérativement disposer d'1 minimum de trésorerie pour pallier au délai et durée de franchise des assurances

212. Homme 52 ans : Bon Courage.

213. Homme 53 ans : Excellent sujet. A 50 ans j'ai fait comme je fais faire à tous mes patients de 50 ans : un bilan cardio uro et gastro entéro (épreuve d'effort, prostate et coloscopie) et j'ai revu ma couverture... qui était plus que nulle depuis... 1990, année de mon installation (j'ai donc économisé beaucoup d'argent pendant 22 ans me disais je...)...

214. Homme 60 ans : Bon courage pour votre thèse, je suis personnellement pour la disparition de cette survivance du passé, combien de thèses roupillent au fond de placards poussiéreux ! Et que personne ne lira jamais.

215. Femme 57 ans : Cela montre bien que nous ne bénéficions de rien en cas de problème de santé.

216. Homme 58 ans : C'est un vrai problème.

217. Femme 37 ans : Je crois être bien assurée. C'est parfois notre engagement professionnel qui nous bloque, peur d'être indispensable.

218. Femme 39 ans : Une assurance prévoyance est toujours importante mais à quel prix? Chaque couverture supplémentaire coûte des sommes immenses à 30 ans, on m'a annoncé 2 exclusions car j'ai bénéficié d'un arrêt de travail pour mes grossesses et 1 semaine d'arrêt de travail pour lombo sciatalgie. Je n'ai donc qu'à assumer ...nous médecins, non seulement on met du temps pour consulter mais également, on est oublié de tous les systèmes de protection et je pense que ça concerne la plupart des libéraux.

219. Femme 58 ans : Les délais de carence peuvent être importants à connaitre car cela dépend (souvent) de l'existence d'une hospitalisation ou non (délai plus court en ce cas là).

220. Femme 43 ans : Prévoyance santé peu adaptée au médecin aussi.

221. Homme 62 ans : La médecine libérale est obsolète! Il vaut mieux être stakhanoviste (course aux actes et complaisance obligatoire) pour être bien couvert... plus que 398 jours à tirer!

222. Homme 50 ans : Depuis 25 ans d'installation, je n'ai pas eu de pathologie nécessitant un arrêt de travail.

223. Femme 48 ans : On a rarement le temps de s'intéresser à tous ces contrats et notamment aux exclusions.

224. Homme 52 ans : Questionnaire intéressant.

225. Femme 30 ans : Triste.

226. Homme 54 ans : Je fais une réévaluation de ma couverture selon évolution de mon chiffre d'affaire et de mes frais pro tous les deux ans. J'intègre aussi l'évolution de ma situation familiale. Ainsi je suis en train de faire évoluer mes garanties pour améliorer la situation de mon épouse qui est en train de cesser son activité professionnelle.

227. Femme 39 ans : Et les grossesses? Et l'épuisement professionnel ?

228. Femme 30 ans : Dommage de ne pas avoir abordé le problème du congé maternité qui est encore très mal pris en charge, même avec un assureur privé.

229. Homme 62 ans : J'ai souscrit depuis 32 ans une assurance versant des I.J en cas d'A.T auprès d'une mutuelle soi disant confraternelle pour couvrir la période de carence de la CARMF et à ma grande surprise dans le 8ème paragraphe de la 6ème page il est dit que seulement la moitié de la durée de mon hospitalisation donnerai lieu à des I.J...

230. Femme 36 ans : J'ai été en congé maternité (je me suis arrêtée 4 mois pour un 3è enfant) en 2009. Malgré les indemnités journalières, j'ai grosso modo gagné 12 000 euros de moins en "net" cette année là...(22 000 euros en 2009 contre 34 000 en 2010)... ce n'est pas si simple de s'arrêter !! Bon courage pour ta thèse.

231. Femme 36 ans : Je ne savais pas que la CARMF versait des indemnités en cas d'arrêt de travail, je ne suis pas sure que ma couverture couvre la période de carence de la CARMF.

232. Femme 56 ans : Hautement intéressant.

233. Homme 59 ans : Etant a priori en bonne santé je n'ai pas eu le malheur de tester "dans la vraie vie" ma couverture sociale (d'où les questions sans réponses). Mais je trouve qu'elle est calamiteuse eu regard a la balance droits: couverture maladie/devoirs: cotisations obligatoires par rapports aux autres csp. Une indemnisation plus précoce permettrait surement de diminuer les problèmes de burn-out ou d'addiction chez les médecins. Je serais intéressé par les résultats de cette thèse en tant que participant au réseau régional d'aide aux soignants. Bonne chance.

234. Femme 57 ans : J'ai eu plusieurs petits accidents ayant nécessité des arrêts, le dernier 1.5 mois, j'ai eu une perte financière mais le plus difficile à été de faire tourner le cabinet en mon absence.

235. Femme 57 ans : Oui, même avec une complémentaire en cas de maladie les indemnités journalières ne sont versées qu'après 15 jours d'arrêt maladie, ce qui fait que bien qu'un arrêt du travail m'aie été prescrit durée de 1 mois pour épuisement professionnel, et n'ayant pas trouvé de remplaçant je ne me suis pas arrêtée.

236. Femme 48 ans : Merci de vous inquiéter de notre prévoyance, je m'aperçois que je devrais réviser ma situation de ce point de vue.

237. Femme 32 ans : Et les grossesses ?

238. Femme 59 ans : Mes principales remarques sont = la rente d'invalidité professionnelle est réduite de moitié entre 60 et 65 ans !!!! Mais pas les cotisations. Alors il faudrait apprendre à foutre la paix aux plus de 60 ans (garde etc .) car on a intérêt à garder notre santé " intacte " . De plus, j'ai eu un cancer (eh oui , les médecins aussi !!!) et à ce moment là , il n'est plus possible de réévaluer les droits acquis .Je parle bien sur des assurances privées. Ne parlons même pas de la CARMF. J'ai eu 2 problèmes de santé majeurs dans ma vie de médecin jusqu'à ce jour et j'ai été arrêtée de travailler car il est des soins et des maladies où, avec toute la bonne volonté du monde, ON NE PEUT PAS TRAVAILLER. Mais j'avais quand même repris avant les 3 mois fatidiques, car, bien sûr il y a les indemnités mais il y a la clientèle qui se BARRE si le médecin est trop longtemps absent, remplaçant ou pas !!!!! Maintenant, MG France est un très mauvais défenseur des médecins !!!!!Il serait intéressant de savoir combien sont rémunérés les dirigeants !!! Ils prônent la retraite à 65 ans, voire plus, en baissant la valeur des points accumulés au cours des longues années de travail .....Mais un de leur dirigeant est lui même parti à la retraite il y a 2 ou 3 ans à .....61 ans !!!!!!!! Cherchez l'erreur !!!!!!!!

239. Homme 51 ans : Question 17 : le cas ne s'est jamais posé. Question 27 : je suis rarement malade et je consulte un confrère spécialiste en cas de problème important.

240. Homme 34 ans : Je n'ai appris que récemment que je n'étais pas couvert par le risque accident du travail par la CPAM... En échange des pertes de prises en charges des points retraites, nous devrions négocier une amélioration notable de notre couverture sociale, équivalente au régime général pour les médecins de secteur 1.

241. Femme 55 ans : Bon questionnaire qui me permettra de regarder un peu mieux mon contrat d'assurance privée car je ne sais pas s'il comprend des exclusions. Je ne savais pas que la CARMF versait des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.

242. Femme 46 ans : J'ai eu des indemnités journalières pendant ma dernière grossesse il y a 5 ans ce que je n'avais pas connu pour mes 2 premiers enfants. C'était bien mais pas adapté à mes

revenus car il s'agit d'un forfait qui malgré un remplacement (70% pour le remplaçant) ne couvrait pas les dépenses du ménage (conjoint à l'époque sans emploi...)

243. Homme 57 ans : En plein été 2011 je fus arrêté 7 semaines pour chirurgie abdominale compliquée aiguë ; Je révise ma protection tous les 4ans avec mes assureurs en fonction de mon chiffre d affaires et mes frais fixes. Quelle ne fut pas ma surprise de constater que mes assurances (basées sur une moyenne ANNUELLE) m'avaient apportées (un peu) plus de revenus que si j'avais travaillé en bonne santé!! Inutile de vous préciser que je suis un cotisant régulier vigilant et reconnaissant d'autant que je rencontrais quelques semaines après un camarade de promo qui fut obligé de reprendre au 15e jour faute de protection!!!

244. Homme 64 ans : Il m'aurait paru intéressant de séparer le petit risque et le grand risque qui ne posent pas la même problématique. Une interruption de travail de quelques jours pour un lumbago n'a pas la même signification que celle de quelques mois pour un accident vasculaire. Dans le premier cas l'épargne personnelle peut suffire; dans le second il est indispensable d'avoir une assurance avant la prise en charge par la CARMF, mais également ensuite car cette prise en charge est notoirement insuffisante. Autre précision : certaines assurances privées continuent à prendre en charge malgré une reprise de travail à temps partiel. C'est très utile pour un professionnel libéral et ces contrats doivent être privilégiés. Tenez-moi au courant de l'avancée de votre travail.

245. Femme 37 ans : Pour l'instant pas de problème d'arrêt de travail car pas de problème de santé invalidant. Je n'ai pas inclus les congés maternité, je pense que c'est ce qu'il fallait ?

246. Homme 52 ans : 1- les assureurs nous excluent là nous avons le plus de risque (ATCD) ... donc trou dans la couverture. Il ne devrait pas y avoir d'exclusion pour pathologie. 2- controverse sur l'AVAT assur volontaire Accident de Travail (que j'ai souscrite). Média santé la déconseille ... bonne continuation dans votre travail!

247. Homme 53 ans : Faire prendre en charge les IJ pour les médecins comme pour les salariés, tant au point de vu accident du travail qu'en maladie, et avec les mêmes délais de carence et les mêmes conditions.

248. Homme 57 ans : Nous ne sommes évidemment pas des malades comme les autres

249. Femme 56 ans : La protection médico-sociale des médecins est déplorable !

250. Femme 34 ans : Très bonne idée de thèse. C'est un sujet trop peu connu et notamment toutes les exclusions dont nous sommes victimes alors que nous passons notre vie à soigner les autres! Bon courage et bravo d'avance pour les avancées que ce travail pourrait permettre pour notre protection.

251. Homme 46 ans : Pas de remarque particulière sauf bon courage et bonne continuation.

252. Homme 55 ans : Personnellement je pensais être bien couvert avec souscription d'une couverture en cas d'incapacité mais j'ai appris que si je n'ai pas d'arrêt de travail pas aide. En cas d'incapacité je pensais avoir une aide pour les frais fixes du cabinet perte exploitation si destruction du cabinet mais pas pour moi, en cas d'arrêt clauses a bien lire et connaitre. Par ailleurs ai souscrit une assurance en cas d'accident de travail et de maladie. A titre personnel j'ai une assurance type accident de la vie, pour les arrêts prolongés je déclare à la Carmf même si inférieur à 3 mois procédure. Merci

253. Femme 34 ans : Congé maternité en 2011 indemnisé par mon assurance privée Generali souscrit en 2010. Depuis, cette assurance a augmenté ses tarifs et ne fait plus ce genre de contrat.

254. Homme 43 ans : Quelle autre profession que la notre accepterait d'être payée au 91ème jour d'arrêt maladie -de plus un paiement ne couvrant absolument pas notre chiffre d'affaire – c'est une honte -à l'heure du débat des fameux 3 jours de carence pour un salarié - à méditer –

255. Femme 36 ans : Vous n'avez pas individualisé la problématique spécifique de la grossesse (ou alors j'ai mal lu ou mal compris) En pratique, mes réponses changent si je dois prendre en compte mes 3 grossesse : arrêts de travail, mais correspondant à des congés maternité. La grossesse n'étant pas une maladie, je n'ai pas pris en compte mes arrêts dans vos questions si vous voulez que je reréponde, merci de me mettre un mail …….@orange.fr bon courage et bien cordialement.

256. Femme 60 ans : Très intéressant d'avoir une statistique précise, mais cela sera-t-il possible?

257. Homme 57 ans : Aurait pu être plus élaboré concernant:

-arrêt court/ arrêt long/ rente d'invalidité/ protection familiale (rente éducation capital décès) -couverture accident du travail. Bien confraternellement

258. Femme 47 ans : Je pense que la protection est très variable selon les médecins.

259. Femme 54 ans : Je n'aurais eu besoin que de 1 jour d'arrêt, et j'étais déjà en congés. sinon maternité en début d''installation, avec 1 semaine arrêt avant naissance et reprise 3 semaines après une seconde césarienne ....qui dit mieux ...faute de moyen financier pour s'arrêter plus longtemps, c'était en 1989.

260. Homme 42 ans : Bon sujet Se prendre en main tôt avant les ennuis. En espérant qu'en vieillissant les cotisations soient supportables financièrement!

261. Homme 55 ans : Par quel organisme êtes-vous financé ?

262. Homme 54 ans : D'un intérêt certain - vous ne parlez pas de complément de la CARMF au delà des 90 jours (que j'ai personnellement souscrit) et vous ne distinguez pas arrêt maladie et accident du travail (mais le sujet est déjà vaste).

263. Femme 48 ans : Sujet important; le manque de couverture "santé" et maternité est sans doute un frein à l'installation en libéral. Je me suis moi-même installée assez tard (40 ans)... après avoir eu les enfants!

264. Homme 57 ans : J'avais une couverture pour les AT et je suis tombé malade en 99 maladie de hodgkin : la couverture ne suffisait pas pour mes besoins de trésorerie (à l'époque un divorce récent me coutait cher...) j'ai donc continué à travailler pendant le traitement et ça s'est bien passé ; par la suite quand l'assurance a décidé d augmenter ses cotisations à cause de mon âge je me suis dit qu'il valait mieux placer cet argent plutôt que de lui donner.

265. Homme 52 ans : Faire progresser cette situation.

266. Femme 44 ans : Les médecins revoient leur situation en cas de gros pépin de collègues ou en cas d'épreuves dans leur vie.

267. Femme 43 ans : Je me sens très peu informée et aidée d'une manière générale sur ma protection sociale, et d'une manière générale sur ma santé. Je n'ai pas vraiment le temps de me pencher sur cette question qui passe après toutes mes autres préoccupations....

268. Homme 48 ans : Bon courage!

269. Homme 46 ans : Le burn out nous guette tous à plus ou moins terme, il faut l'intégrer comme maladie professionnelle. BON COURAGE.

270. Homme 31 ans : Non mais j'aimerais connaitre les conclusions.

271. Homme 64 ans : On est mal informés et sans doute mal protégés.

272. Homme 55 ans : Oui à la salarisation des médecins !!!!!!

273. Femme 51 ans : Il est important de réévaluer les indemnisations avant 40 ans sinon les organismes (MACSF entre autre) refusent de le faire.

274. Homme 63 ans : Il faut dire aux jeunes médecins de bien prendre une couverture facultative (en partie déductible) en début d'exercice plutôt que la Porsche ou le gros 4X4 !

275. Homme 33 ans : Il faut que ça change ! Je souhaiterai un délai de carence identique au salarié ! Une meilleure protection en cas de grossesse.

276. Homme 61 ans : J'ai dû m'arrêter 13 jours en janvier 1993 suite à un incendie maison-cabinet : indemnisation de 5 jours seulement (carence perte d'exploitation de 8 jours).

277. Femme 52 ans : Je me fais suivre par plusieurs spécialistes pour ma maladie chronique (cancer en rémission), si j'ai quelque chose qui sort de l'ordinaire de la médecine générale, je m'oriente sur un spécialiste rapidement. Après une pathologie chronique tel un cancer, la perte d'exploitation n'a pas pu être modifiée pendant 8 ans. Je viens juste de faire réévaluer ma perte d'exploitation et mes indemnités journalières, l'assurance n'avait pas voulu modifier le contrat alors que j'ai plus que doublé mon revenu. A ce jour tout est réévalué en fonction de mes revenus actuels mais j'ai une exclusion de ma pathologie (si je fais une récidive sur la même pathologie je suis indemnisée en fonction des revenus de 10 ans en arrière !!!(Avant mon cancer), là ce serait alors un gros problème personnel et financier !!

278. Femme 49 ans : Très bon sujet. Avec mon associée, on a calculé qu'avoir un enfant (c'est à dire s'arrêter deux mois 1/2 à 3 mois pour s'occuper d'un nouvel arrivé dans la famille) nous coûtait 10000 Euros, tout en bénéficiant des indemnités prévue par la CPAM ET d'un remplaçant ! Nous avons toutes les deux fait cette expérience et on en est arrivées au même chiffre à peu de chose près. Faut être motivée ! Ou riche !

279. Homme 62 ans : Oui j'ai réévalué selon mes besoins la couverture IJ avec ma mutuelle et nous avons dans le groupe une invalidité décès.

280. Homme 47 ans : La couverture en cas d'arrêt est assez floue, j'ai souscrit plusieurs assurances mais je ne sais pas bien ce qui se passerait si j'étais en arrêt prolongé.

281. Femme 37 ans : La couverture maladie à 90 j est bien tardive! N'ayant pas souscrit à une mutuelle par négligence, je me suis vue totalement refusée par la MACSF au décours de mon arrêt de travail temporaire pour maladie...Un scandale ! Un assureur n'est jamais en faillite, pas bête la mouche!...Assureur ou profiteur?

282. Femme 41 ans : Intéressant.

283. Homme 57 ans : Nous sommes un couple de MG et avec un minimum de prévoyance + la tontine, nous avons fait le pari d'avoir recours à l'activité du conjoint dans la SCM.....

284. Femme 53 ans : J'ai eu un accident avec 5 mois d'arrêt de travail. J'ai perdu des indemnités car je ne savais pas qu'il fallait le déclarer immédiatement à la Carmf (en plus de l'assurance) et ne pas attendre les 90 jours. C'est pareil l'année suivante lors du retrait du matériel d'ostéosynthèse mon dossier a trainé car envoyé à l'assurance privée alors que cela était du recours de la Carmf et plus dans les délais ensuite. Mauvaise information ou je dirais pas d'information. Maintenant je le sais.

285. Femme 55 ans : Très intéressant j'aimerais bien avoir les statistiques. Merci.

286. Homme 58 ans : Très bonne initiative, le résultat m'intéresse, comment en prendre connaissance ?

287. Homme 52 ans : Thème intéressant.

288. Femme 45 ans : Peut- être demander si les médecins couverts par une assurance complémentaire ont un jour eu l'idée de réadapter leur niveau de protection par rapport à leur revenu réel et non celui déclaré à la souscription de l'assurance....

289. Femme 57 ans : IL EXISTE TOUT DE MEME UN GROS PROBLEME CONCERNANT CES INDEMMNITES JOURNALIERES EN DEHORS DES JOURS DE CARENCE ABUSIFS -LA MACSF M A EXCLU LES ARRETS LIES AU SD DE RAYNAUD ET UNE EVENTUELLE INTERVENTION SUR UN HALLUX VALGUS.

290. Homme 64 ans : Le questionnaire aurait pu aller plus loin en recherchant la qualité des contrats : durée du délai de carence ; possibilité d'IJ dans le cadre d'une reprise à temps partiel; réévaluation automatique....

291. Femme 49 ans : J'ai un contrat récent (que j'ai pris quand j'ai divorcé) dont je ne me souviens pas les délais de carence, normalement il doit couvrir le délai de carence de la Carmf (il faut que je revoie cela).

292. Femme 50 ans : Me remet en face des réalités.

293. Femme 40 ans : Très intéressant en espérant que cela améliore notre couverture santé.

294. Femme 34 ans : Il est urgent de mieux protéger les soignants et de demander à nos dirigeants de discuter avec les assureurs. Les clauses d'exclusions sont trop nombreuses et injustes. J'ai des antécédents de cancers, qui sont complètement guéris, mais qui m'empêchent, même avec des surprimes, d'être couverte (même en excluant les spécialités concernées). D'où ma décision d'essayer d'épargner de mon côté quand cela est possible avec une activité à temps partiel et des charges conséquentes. Bon courage pour votre étude qui est très importante!

295. Femme 38 ans : Intéressant. Je vais revoir mes droits par rapport à mon assurance complémentaire.

296. Homme 55 ans : Je ne saisis pas bien le but des dernières questions ?

297. Homme 58 ans : Intéressé par votre thèse et des suites à imaginer.

298. Homme 59 ans : Aborde peu le sujet des accidents de travail, dont la couverture est possible après cotisation volontaire auprès de la Cpam (qui ne fait aucune publicité sur ce sujet..!).

299. Homme 62 ans : Sujet pertinent.

300. Homme 55 ans : Je pense que les conclusions seront sans surprises.

301. Femme 40 ans : Sujet très intéressant. Personne ne remplace un bon conseiller.

302. Homme 64 ans : A mieux définir un "cabinet de groupe" SCM? SCP? Cohabitation? Colocation?

303. Femme 57 ans : Sujet intéressant, petite précision j'ai des indemnités journalières qui couvrent tout juste mes charges en cas d'arrêt heureusement que mon mari gagne bien sa vie !

304. Femme 58 ans : L'intérêt des questionnaires?

305. Homme 56 ans : Le cabinet médical libéral est économiquement condamné à moyen terme.

Annexe 8. Tableaux CARMF. Evaluation recettes/dépenses

CARMF Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre

Capitaux disponibles et espérés
Revenus prévisibles

CAPITAUX DISPONIBLES DE FAÇON RAPIDE	Montant	
1) Réserves bancaires	€	
2) Réserves en PEA et autres produits financiers	€	
3) Réserves en livrets divers	€	Total
4) Chèques et paiements différés	€	
5) Tontine, Autre	€	€
CAPITAUX SI A JOUR DES COTISATIONS	**Montant**	
6) Indemnité décès de la CARMF	€	
7) Capital décès de la CPAM (pour les médecins conventionnés en secteur 1, et les médecins en secteur 2 qui n'ont pas opté pour le régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles)	€	
8) Capital décès de l'IRCANTEC	€	Total
9) Capitaux issus d'assurances privées ou de mutuelles	€	
10) Aide familiale, Autre	€	€
CAPITAUX A DISPONIBILITE NON IMMEDIATE	**Montant**	
11) Placements mobiliers	€	
12) Habitation principale ou secondaire	€	Total
13) Cession de clientèle et/ou du cabinet, Autre	€	€

REVENUS PREVISIBLES		Montant	
En cas de maladie	14) Indemnités journalières CARMF (à partir du 91e jour)	€	
	15) Indemnités journalières Sécurité Sociale (si salarié)	€	
	16) Indemnités journalières liées à l'activité hospitalière	€	
En cas d'invalidité	17) Rente invalidité CARMF	€	
	+ 35 % si le médecin est marié	€	
	+ 10 % si le médecin a eu au moins 3 enfants		
	18) Rente éducation pour les enfants	€	
En cas de décès	19) Rente temporaire CARMF	€	
	pour le conjoint survivant	€	
	20) Rente éducation pour les enfants jusqu'à 25 ans	€	
	21) Pension de réversion (Base, Complémentaire, ASV	€	
Autres revenus	22) De la conjointe ou du conjoint	€	
	23) Allocations familiales	€	
	24) Allocation logement	€	Total
	25) Revenus du patrimoine mobilier ou immobilier	€	
	26) Assurances volontaires (assurance vie, …)	€	€

TOTAL DES CAPITAUX DISPONIBLES ET ESPÉRÉS	€
DIFFÉRENCE ENTRE DÉPENSES ET LES CAPITAUX DISPONIBLES, ESPÉRÉS ET REVENUS PRÉVISIBLES	€

Évaluation des dépenses

DÉPENSES IMMÉDIATES		Montant	
Factures en cours	1) Electricité, Gaz, Eau, Fuel, Téléphone, Impôt, Factures d'artisans	€	
Paiements non encore débités	2) Cartes bancaires 3) Chèques	€ €	Total
Si décès	4) Frais d'obsèques et de succession	€	€
DÉPENSES FIXES		**Montant**	
Charges courantes	5) Electricité 6) Gaz 7) Eau 8) Chauffage (fuel), 9) Téléphone (portable – fixe) 10) Internet 11) Frais médicaux	€ € € € € € €	
Loyers	12) Professionnel 13) Privé	€ €	
Remboursements d'emprunts	14) Voiture 15) Immobilier 16) Mobilier 17) Matériel 18) Local 19) Clientèle 20) Personnel	€ € € € € € €	
Salaire	21) Employé (s) 22) Charges sociales	€ €	
Impôts et taxes	23) Revenu 24) Foncier 25) Habitation 26) Professionnelle	€ € € €	
Cotisations	27) CARMF 28) URSSAF	€ €	
Assurances	29) Personnelle 30) Professionnelle	€ €	
Charges	31) Entretien habitation 32) Copropriété 33) Locative	€ € €	Total
Si divorce	34) Pension alimentaire	€	€
BUDGET PRÉVISIONNEL		**Montant**	
Divers	35) Alimentation 36) Habillement 37) Transport (essence, entretien voiture) 38) Etudes des enfants 39) Vacances 40) Plus dépenses fixes ci-dessus	€ € € € € €	Total €
		TOTAL DES DÉPENSES	€