Connaissances et attentes de formation des internes de médecine générale rouennais en 2014 concernant l'installation en libéral

Joséphine Dayot

▶ **To cite this version:**

Joséphine Dayot. Connaissances et attentes de formation des internes de médecine générale rouennais en 2014 concernant l'installation en libéral. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01145564

HAL Id: dumas-01145564

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01145564

Submitted on 24 Apr 2015

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.

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2015

THÈSE POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

JOSÉPHINE DAYOT

NÉE LE 1er DÉCEMBRE 1986 À BOIS-GUILLAUME

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 AVRIL 2015

Connaissances et attentes de formation des internes de médecine générale rouennais en 2014 concernant l'installation en libéral

PRÉSIDENT DU JURY : Professeur Véronique MERLE
DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur Bernard CURIE
MEMBRES DU JURY : Docteur Elisabeth MAUVIARD
Monsieur Jean-François MENARD
Docteur Xavier ODOUX

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - **MEDECINE**

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART***(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** (*surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)*	HCN	Médecine et santé au travail

Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie

Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier **LE LOET**	HCN	Rhumatologie
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN	Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON** *(surnombre)*	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire

Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE–COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie

Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique

Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) (UMR 1079**)**	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar) 1079)	Génétique moléculaire humaine (UMR
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle *HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

CB - Centre Henri Becquerel *CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

« Il n' y a peut-être rien qui ennoblit plus un être humain que de savoir garder un secret »

Citation de Sören Kierkegaard

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Véronique Merle,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Elisabeth Mauviard,
Je vous remercie de participer à ce jury et pour votre engagement dans la formation des internes de médecine générale.

A Monsieur Jean-François Ménard,
Vous avez accepté d'être membre du jury et m'avez apporté votre aide précieuse pour l'analyse des résultats. Veuillez trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bernard Curie,
Le semestre passé à vos côtés au début de mon internat m'a appris beaucoup tant sur le plan médical que humain. Vous avez accepté de diriger mon travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse sympathie.

A Monsieur le Docteur Xavier Odoux,
Je vous remercie pour votre participation à mon jury et pour tout votre temps consacré à ce travail, votre disponibilité et votre enseignement au cours de l'internat. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A tous les internes de médecine générale rouennais,
Je vous remercie du temps que vous m'avez accordez pour répondre à mon questionnaire.

A Monsieur le Docteur Jean-Luc Maupas, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime,
Vous m'avez accompagné tout au long de mes études de médecine, financièrement et moralement, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A Madame le Docteur Françoise Guize, Présidente de l'Aide aux Familles et Entraide Médicale (AFEM),
Je ne saurai jamais vous remercier assez ainsi que toute l'équipe de l'AFEM pour votre soutien et votre bienveillance qui m'ont permis de me relever.

A Madame Stéphanie Lozier, de l'ARS Haute-Normandie,
A Monsieur le Docteur Patrick Lancien, Vice – Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime,
Je vous remercie tous deux de votre disponibilité pour répondre à mes questions nécessaires pour achever cette thèse.

A Madame Curtinha,
Vous m'avez accordé de votre temps pour corriger avec précisions mon questionnaire, je vous remercie pour votre disponibilité et votre professionnalisme.

A mes Maîtres de stage,
Je garderai un très bon souvenir de mes expériences professionnelles à vos cotés.

A mon père,
Tu m'as offert symboliquement ta thèse pour mes 20 ans, tellement heureux de mon entrée en 2ème année de médecine, et tu nous a quitté le lendemain… j'ai poursuivi mon chemin la tête haute, guidée par les valeurs que tu m'avais inculquée : ton assiduité, ta droiture et ta profonde gentillesse. Papa je te dédis aujourd'hui ce travail.

A ma mère,
Ta force de caractère, ta joie de vivre et ton optimisme me permettent chaque jour de continuer à avancer, à être heureuse, malgré ton absence insupportable. J'espère être une mère aussi formidable que tu l'aies été pour moi.

A Antoine, mon cœur,
Sans ton amour et ton soutien inébranlable je ne serai pas devenue ce que je suis aujourd'hui, une femme heureuse. Tu es ma force. Je te serai toujours reconnaissante pour ton aide au quotidien ainsi que tout au long de nos études médicales. Grâce à toi, j'ai concrétisé tous mes projets et cette thèse en est un des exemples, Merci...

A mon ange, Agathe,
Merci pour ce bonheur immense et cette énergie que tu m'apportes chaque jour depuis ta naissance.

A Nadine et Guy,
Merci pour l'amour et le soutien sans faille que vous m'offrez depuis toutes ses années. Je n'aurai pu rêver d'une famille plus formidable !

A Héloïse, ma belle petite sœur,
Tu seras un médecin brillant avec un cœur immense. Je suis si fière de toi.

A Jean-Paul et Mady,
Mille mercis ne suffiraient pas… pour votre aide, votre bienveillance, votre écoute, votre disponibilité, votre gentillesse, votre amour… Vous m'êtes si chers. Une fois de plus merci pour tout ce temps passé à me relire. Soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A Janine et Norman,
Merci à toi Norman, pour le temps passé à relire mon travail.
Sans vous mon parcours aurait été tout autre. Par votre amour, votre soutien de chaque instant, vos si bons conseils, vous m'avez guidé vers le bon chemin, je ne saurai vous remercier suffisamment. Vous êtes si importants pour moi.

A Thomas,
Tu as su te relever malgré ce drame insoutenable et te voilà Docteur en Pharmacie. Ta mère serait si fière de toi. Fais tout pour être heureux.

A Guillemette,
Tu es partie par erreur, quel malheur. Mais nous restons imprégnés de ta gaieté et ton franc parlé. Merci pour tout ce que tu m'as apporté malgré ces milliers de kilomètres qui nous séparaient.

A Yasou et Evma,
La P1 nous a réuni, et 10 ans plus tard nous pouvons être fières de nos parcours respectifs. Je ne saurai suffisamment vous remercier pour cette amitié si fidèle et intense qui m'a permis d'en arriver là aujourd'hui.

A Claire et Quentin,
Merci, une fois de plus pour votre soutien tout au long de ce travail et l'aide que vous m'avez apporté pour le réaliser.
Votre amitié sans défaut, si généreuse et sincère depuis toutes ses années contribue à mon bonheur. Je vous en remercie. Tant de souvenirs inoubliables et d'autres à venir…

A l'ensemble de mes amis,
Vous m'avez accompagnée tout au long de ces années, je vous serai toujours reconnaissante pour votre soutien quand j'en avais besoin, tant de bons moments nous attendent encore ensembles.

Je vous remercie tous de la patience et de votre compréhension lorsque le temps pour vous m'a manqué durant cette thèse, nous allons rattrapé ça et profiter de chaque instant, la vie passe si vite…

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Table des matières :

INTRODUCTION 1
1. Les modes d'exercice : des chiffres en pleine mutation 1
2. Les aides à l'installation : de la théorie à la pratique 3
MATERIEL ET METHODE 7
1. Type d'étude 7
2. Description de la population étudiée 7
3. Le questionnaire 7
3.1. Elaboration 7
3.2. Thèmes abordés 7
3.3. Passation 8
4. Critères de jugement principal et secondaire 9
5. Recueil et Analyse des données 9
6. Coût et financement 9
RESULTATS 10
1. Caractéristiques de la population 10
1.1. Caractères sociodémographiques 10
1.2. Cursus universitaire 11
1.3. Projet professionnel après l'internat 15
2. Connaissances des IMG rouennais sur l'installation en exercice libéral 19
2.1. La couverture sociale 19
2.2. Les structures juridiques encadrant l'exercice en groupe 20
2.3. La collaboration libérale 21
2.4. Les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) 23
2.5. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires 24
2.6. Les Centres de Santé 24
2.7. Les Pôles de Santé 25
2.8. Les aides à l'installation 26
2.9. Autocritique des internes sur leurs connaissances 28
3. Attentes de formation des IMG rouennais sur l'installation en exercice libéral 30
3.1. Satisfaction des IMG rouennais sur la formation à l'exercice libéral 30
3.2. Une formation plus approfondie pour une installation plus rapide ? 32
3.3. Un internat en 4 ans ? 33
3.4. Les domaines de formation attendus par les étudiants en fonction de leur année d'internat 33
DISCUSSION 38
1. Intérêt et originalité de l'étude 38
2. Critique de la méthode 39
2.1. La population ciblée 39
2.2. Elaboration du questionnaire 39
2.3. Thèmes abordés 40
2.4. Passation du questionnaire 41
3. Analyse des résultats 42
3.1. Taux de participation 42
3.2. Description de la population 42
3.3. Connaissances des IMG rouennais sur l'installation en exercice libéral 51
3.4. Attentes de formation des IMG rouennais sur l'installation en libéral 59
CONCLUSION 65
LISTE DES ABRÉVIATIONS 67
BIBLIOGRAPHIE 69

ANNEXES 72
ANNEXE 1 : Questionnaire 73
ANNEXE 2 : Correction du questionnaire 84
ANNEXE 3 : Résultats bruts de l'objectif secondaire de l'étude 107
RÉSUMÉ 109

INTRODUCTION

A la fin de notre cursus universitaire, après neuf années d'études dont trois de spécialisation en médecine générale nous devons choisir notre mode d'exercice futur. De nombreuses questions se posent alors : souhaitons-nous avoir un exercice libéral, salarié ou mixte ? Avons-nous les connaissances suffisantes pour faire ce choix de façon éclairée ? Sommes-nous prêts à franchir le pas de l'installation ou bien n'est-il pas préférable de découvrir les subtilités des différents modes d'exercice, notamment du libéral, au travers des contrats de remplacements ou de collaboration ? Où trouver des réponses à ce moment clé de notre carrière professionnelle ?

1. Les modes d'exercice : des chiffres en pleine mutation

L'exercice libéral de la médecine générale reste largement majoritaire puisqu'il est choisi par 60,3% des généralistes hauts – normands (pourcentage similaire au niveau national). (1)

Cependant, la répartition des modes d'exercice semble être en pleine mutation. En effet, ces chiffres changent lorsqu'on s'intéresse aux modes d'exercice lors de la première inscription des nouveaux médecins généralistes au tableau de l'Ordre ; ils sont en faveur d'une surreprésentation du salariat : 10,3% de libéraux (versus France entière 20,4%), 2,3% de mixtes (versus France entière 4,3%), et 68% de salariés (versus France entière 33,4%). Par ailleurs, le nombre des médecins généralistes libéraux partant en retraite est 3 fois supérieur à celui des médecins entrant dans ce mode d'exercice. A l'inverse, il y a 2,3 fois plus de salariés entrant que sortant. (2). D'après l' Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, il apparaît, que sur une période de dix ans (1995-2005), l'exercice salarié des généralistes a progressé : de 29% pour l'exercice salarié hospitalier et de 19,6% pour l'exercice salarié ambulatoire, le tout au détriment de l'exercice libéral et mixte(+0,1%). (3). En 2030, 55,5% des généralistes seraient libéraux, un quart exercerait uniquement à l'hôpital. (4).

Lorsqu'on s'intéresse plus particulièrement aux aspirations des internes de médecine générale (IMG), le mode d'exercice libéral exclusif restait privilégié (pour 38,5% d'entre eux) d'après la grande enquête nationale menée en 2007 avec la collaboration de l' Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR – IMG).(5) Ces derniers s'orientaient plutôt vers un exercice en groupe (49,3% en cabinet de groupe dans un même lieu, 4,2% en groupe dans des lieux différents). L'exercice seul n'intéressait que 4,6% des internes. L'exercice mixte était souhaité par 28% des étudiants interrogés avec une prédominance en début d'internat. L'exercice salarié, quant à lui, ne représentait qu'une faible proportion d'IMG (9% souhaitaient un exercice salarié hospitalier, 4,5% un exercice salarié ambulatoire en structure de type Protection Maternelle et Infantile (PMI)).

De plus le pourcentage de médecins généralistes exerçant en groupe (au moins deux médecins dans un même cabinet) est en augmentation constante depuis plus d'une trentaine d'années, avec une nette prédominance pour les jeunes praticiens puisque les moins de 40 ans étaient près de la moitié à exercer en cabinet de groupe en 1998 et avoisinaient les 80% en 2009.(6).

Le type de regroupement des généralistes ne s'est, en revanche, pas modifié. 74% d'entre eux, tout âge confondu, continuent à privilégier l'exercice dans des cabinets exclusivement médicaux.(7).

L'exercice en groupe pluridisciplinaire est, cependant, en pleine expansion. Alors qu'on dénombrait moins de 100 structures en 2010, 284 maisons et pôles de santé étaient en fonctionnement au 31 janvier 2013, selon les données transmises par l'Observatoire des maisons et pôles de santé du Ministère de la Santé. Une enquête récente auprès des 26 ARS régionales a dénombré 682 maisons ou pôles de santé en fonctionnement en janvier 2015. D'après l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), en 2013, 400 centres de santé polyvalents ont également été répertoriés, dont la majorité en zones urbaines. Le plan « dynamique, espoir, banlieues » a pour objectif de créer 10 maisons de santé par an parmi les 215 quartiers prioritaires (zones urbaines sensibles(Zus), contrat urbain de cohésion sociale(Cucs)).(8).

2. Les aides à l'installation : de la théorie à la pratique

En théorie, d'après les objectifs fixés dans le référentiel métier des médecins généralistes établis par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) en Juin 2009, le praticien doit être capable d' « assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale : fiscalité, comptabilité… ». (9)

A différents niveaux, les instances supérieures se préoccupent de l'installation des médecins généralistes et tentent de leur donner les moyens d'accomplir cet objectif. Tout d'abord l'Ordre national des médecins souligne dans sa conclusion sur « la démographie médicale en France en 2012 » l'importance de « développer la formation, lors du cursus universitaire, sur l'exercice libéral ». Les instances gouvernementales, les associations et collectivités locales développent également diverses mesures afin de répondre à ces questions d'orientation professionnelle.

Malheureusement ces outils sont souvent succincts, difficiles d'accès ou d'utilisation et ne répondent jamais à l'ensemble de ces interrogations sur un seul et même support.

Un exemple : les Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) créées en 2011, suite à la promulgation de l'article L 1431-2 de la loi HPST. (10) Elles sont régies par les Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont pour mission de *« mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé »* et de les *« aider au choix de leur mode d'exercice ».* En Décembre 2012, Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, a lancé le *Pacte Territoire Santé* pour lutter contre les déserts médicaux. Un des engagements est la création d'un « référent installation » dans chaque région, à partir de Février 2013, lequel doit aller au contact des étudiants, internes et remplaçants souhaitant s'installer afin de les accompagner dans leurs démarches. (11) L'un des objectifs du « référent installation » est de présenter aux médecins en formation et futurs installés les différents modes d'exercice du médecin généraliste.

On constate cependant qu'il existe une disparité entre la théorie et la pratique. Au niveau national, le constat fait par l'ISNAR-IMG est mauvais puisque les contacts avec les référents installation n'ont été qu'épisodiques, sans présentation de l'ensemble des objectifs fixés. Le détail des différents modes d'exercice n'est jamais effectué sur les PAPS (sauf sur la PAPS d'Île de France). (12) La grande majorité

d'entre elles donnent des informations sur l'exercice regroupé (23/25) mais beaucoup se concentrent uniquement sur les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) sans définir les autres modes d'exercice regroupé.

Au niveau universitaire, des disparités profondes de l'enseignement ont été constatées entre les différentes facultés. (13) Cela peut s'expliquer par le fait que les programmes sont confiés aux universités de médecine et que chacune est libre d'avoir son propre contenu, étant donné que seuls quelques objectifs généraux sont précisés par décret national. Ainsi on constate d'après le rapport de l'ISNAR-IMG sur la formation médicale initiale à l'installation paru en Mars 2014, que le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) n'est pas à l'initiative de cette formation dans 8 subdivisions sur 22. Certaines subdivisions proposent des cours (sur un temps restreint, type soirée de formation ou cours facultaire, et avec deux types d'intervenants extérieurs ou moins), d'autres, des séminaires (sur au moins une journée et avec plus de deux types d'intervenants extérieurs) ou les deux. (12)

Signe encourageant pour notre région, le premier Guichet Unique d'Installation des Professionnels de Santé (GIUPS) français a ouvert ses portes à Rouen le 19 juin 2014, mis en place par l'ARS. Il vient remplacer l'actuelle PAPS de Haute-Normandie qui, depuis sa création il y a trois ans, n'a pas rempli ses objectifs en termes d'aide à l'installation. Il s'agit cette fois d'une structure à deux volets. Tout d'abord un lieu d'accueil des professionnels de santé permettant de fluidifier les démarches d'installation, avec des contacts dédiés, une expertise sur les questions d'ordre juridique et financier, des outils de communication communs avec notamment les offres dans la région (association, succession, collaboration). L'autre volet étant un site internet, http://www.guips.org, en libre accès, facile d'utilisation, sur lequel on peut trouver, sous la forme d'un parcours chronologique détaillé, l'ensemble des démarches à effectuer auprès des organismes ainsi que les contacts utiles.

Quant à la formation universitaire, elle s'effectuait au moment de l'étude, à Rouen, sous la forme pratique de stages ambulatoires (stage chez le praticien, de niveau 1, ouvert dès la deuxième année d'internat, ou stage en autonomie supervisée (SASPAS), de niveau 2, réservé aux étudiants de dernière année (troisième année du Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM 3)). La formation universitaire théorique était organisée autour d'un seul séminaire intitulé « installation et exercice professionnel » se déroulant sur une journée, réservé aux étudiants de

dernière année au cours duquel de nombreuses thématiques étaient abordées : remplacement, collaboration, installation, exercice de groupe, comptabilité, fiscalité, assurance et couverture sociale. D'après le syndicat des internes de médecine générale rouennais (syndicat Indépendant Régional Haut – Normand, SIREHN), cette formation était jugée « trop courte et trop dense pour retenir toutes les informations délivrées ». (13) Elle paraissait aussi insuffisante, car alors que l'exercice de groupe est en nette augmentation depuis une quinzaine d'années (passant de 43% en 1998 à 54% en 2009.(7)) chez les jeunes générations, cette journée de formation ne délivre pas de détails sur la gestion de l' «entreprise » libérale et plus précisément sur les différentes structures juridiques encadrant l'exercice de groupe. Il n'est pas non plus abordé les autres modes d'exercice que sont le salariat et l'exercice mixte alors qu'ils représentent, en Haute–Normandie au 1er janvier 2014, respectivement 31,9% et 7,7%. (2)

Nous sommes donc bien loin du modèle du médecin de famille exerçant seul dans son cabinet, souvent situé à son domicile. Les modes d'exercice évoluent pour répondre à la demande croissante de la population et délivrer des soins primaires de qualité malgré la baisse de la démographie médicale. Les modalités de gestion de ces structures de plus en plus grandes obligent le médecin à acquérir des connaissances précises afin d'assurer son rôle de « chef d'entreprise » et cela ne sera probablement pas simplifier par la loi Santé, qui sera présentée au Parlement en 2015 par Marisol Touraine.

De nombreuses mesures d'aide à l'installation, qu'ils s'agissent des aides financières, des aides aux démarches professionnelles ou administratives, se développent, mais sont paradoxalement très mal connues des internes. En effet, 95,2% des internes ayant répondu à l'enquête nationale de l'ISNAR réalisée en 2011 sur les souhaits d'exercice, déclaraient ne pas connaître ces aides à l'installation. Cela est d'autant plus frappant que la majorité des internes ont vécu en grande partie dans une région, y ont fait leurs études médicales (externat et internat) et comptent s'y installer (89,7%). Il est difficile de concevoir qu'après neuf années d'études médicales et de stages pratiques dans une même région, les internes ne connaissent pas les aides qui y sont proposées. (14)

Des études ont déjà été réalisées sur les aides à l'installation. La thèse de A. Jardel soutenue en 2013 a évoqué le versant financier de celles-ci en s'intéressant aux « connaissances et perception des mesures dites incitatives à l'installation des

internes de médecine générale hauts-normands ». (15) Plusieurs travaux ont également été réalisés sur le devenir ou les souhaits d'exercice des internes au niveau régional et national.(5,16,17) Enfin, des études décrivant l'enseignement délivré par les facultés sur les spécificités de l'exercice libéral ont également été faites. (13) En revanche, il n'a pas été retrouvé dans la littérature de travaux évaluant directement les connaissances requises à une installation en exercice libéral et les attentes de formation à ce sujet.

Notre étude avait pour objectif principal la description des connaissances et des attentes de formation des internes de médecine générale de Rouen en 2014 concernant l'installation en exercice libéral. L'objectif secondaire était d'analyser l'impact des formations pratiques et théoriques délivrées par le DUMG sur ce sujet, chez les internes de dernière année.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Le type d'étude était une enquête descriptive quantitative réalisée grâce à un questionnaire électronique, anonyme et auto-administré.

2. Description de la population étudiée

La population étudiée était l'ensemble des internes de médecine générale de l'Université de Rouen, tout semestre confondu, inscrits au Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale (DESMG) durant le semestre d'été 2014.

Le critère d'exclusion était la validation des 6 semestres d'internat de médecine générale. En revanche les critères « Thésée », « semestre en surnombre non validant » ou « semestre de disponibilité » n'étaient pas des critères d'exclusion.

3. Le questionnaire

3.1. Elaboration

Cette enquête descriptive repose sur un questionnaire élaboré après une analyse bibliographique soigneuse. Il a été réalisé et hébergé sur le logiciel simple et gratuit Google Doc. Le questionnaire est disponible en Annexe 1.

Sa validation préalable a été réalisée grâce à un test du questionnaire initial auprès d'un échantillon de 14 personnes proches de la population cible (soit 10% de l'objectif souhaité). De plus, le directeur de thèse ainsi qu'un des enseignants universitaires de médecine générale ont été consultés avant sa diffusion.

3.2. Thèmes abordés

Le format du questionnaire était une séquence obligatoire de 43 questions.
36 étaient des questions fermées à réponses à choix multiples alors que les autres étaient des questions semi-ouvertes (certaines réponses étaient proposées au sujet, d'autres devaient être générées par lui).

Le contenu du questionnaire s'organisait autour de quatre thèmes :

- Evaluation des connaissances (15 questions)
- Attentes de formation (9 questions)
- Données sociodémographiques (12 questions)
- Projet professionnel (7 questions)

Les 2 premiers thèmes permettaient de répondre aux objectifs de l'étude. Les 2 suivants permettaient une description et une analyse précise de la population interrogée.

La durée de réponse était de 10 minutes.

3.3. Passation

La passation du questionnaire a été réalisée par courriel. Les adresses mails personnelles ont été demandées directement aux internes lors d'un cours universitaire accompagné au préalable d'une note d'information sur l'objectif de la thèse. 187 adresses ont ainsi été recueillies. Il a été choisi de ne pas utiliser les adresses mails universitaires car estimées être trop peu consultées par les étudiants. Le courriel envoyé comprenait le questionnaire ainsi qu'une note d'information sur l'objectif principal de l'étude et garantissait l'anonymat.

Une première passation a été effectuée le 24 juin 2014. Afin de diffuser le questionnaire à l'ensemble de la population cible, les tuteurs des enseignements dirigés ont été sollicités pour transférer le questionnaire à leur groupe d'étudiants, mais ils n'ont pas été en mesure d'apporter leur aide à cette recherche. Il en a été de même pour le secrétariat du DUMG. Le syndicat régional de médecine générale, le SIREHN a, quant à lui, accepté d'effectuer une passation via sa mailing liste anonymisée 15 jours plus tard. Une relance a été effectuée à 2 mois. Les réponses n'étaient plus acceptées au delà du 5 octobre 2014.

La correction de la partie du questionnaire intitulée « Testez vos connaissances », accompagnée de quelques précisions pour chaque question, a été renvoyée aux internes sondés à la fin de l'étude (Annexe 2). Les réponses portant sur les structures socio-juridiques encadrant l'exercice de groupe ont été vérifiées par un expert-comptable spécialisé. Celles portant sur la couverture sociale ont été validées par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime (CDOM 76).

4. Critères de jugement principal et secondaire

Le critère de jugement principal était l'état des connaissances des internes de médecine générale rouennais concernant l'installation en exercice libéral ainsi que leurs attentes de formation sur ce sujet.

L'objectif secondaire était la mesure de l'influence de la formation théorique et pratique délivrée par le DUMG rouennais sur les connaissances des internes concernant l'installation en exercice libéral, ainsi que sur leurs attentes de formation.

5. Recueil et Analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été encodées dans une base de données en ligne sous le logiciel Google Document. Seul l'auteur du questionnaire pouvait y accéder, via un lien électronique et un mot de passe. La gestion des données nominatives des internes a été automatiquement anonymisée pour respecter la confidentialité. L'ensemble des réponses saisies a été vérifié manuellement.

L'analyse statistique des données a été effectuée avec l'aide d'un statisticien de l'Université, Monsieur Ménard.

Par ailleurs, pour répondre à l'objectif secondaire, des tests de comparaison de distribution ont été réalisés par le test exact de Fischer. Le premier test permettait d'évaluer l'impact de la formation théorique, en comparant les internes ayant participé (n=13) au séminaire intitulé « installation et l'exercice professionnel » et ceux n'y ayant pas assisté (n=27).

Le deuxième test permettait d'évaluer l'influence de la formation pratique en comparant les internes ayant réalisé (réalisation achevée ou en cours) (n=23) le SASPAS et ceux qui n'en avait pas bénéficié (n=17).

Le séminaire « installation et exercice professionnel » et le SASPAS étant tous deux réservés aux TCEM3, les internes y ayant assisté, mais inscrits dans les promotions inférieures ont été exclus des tests de comparaison.

6. Coût et financement

Cette étude n'a bénéficié d'aucune subvention. Le coût correspond principalement aux ouvrages achetés, soit 80€ environ.

Il n'y a aucun conflit d'intérêt.

RESULTATS

Nous avons réceptionné 109 questionnaires. Quatre ont été exclus, car remplis par des personnes ayant terminé l'internat de médecine générale. Deux autres étaient ininterprétables, leurs réponses n'ayant pas été enregistrées. 103 questionnaires étaient exploitables, soit 43% de l'ensemble des internes de médecine générale rouennais (241 sujets inscrits au DESMG lors de la période d'étude).

1. Caractéristiques de la population

1.1. Caractères sociodémographiques

1.1.1. Sexe

La population féminine était majoritaire : 69 femmes (67%) contre 34 hommes (33%).

1.1.2. Âge

La moyenne d'âge des répondants était 26,9 ans. La médiane était de 27 ans avec une étendue de 24 à 44 ans.

1.1.3. Situation conjugale et profession du conjoint

Les sondés vivaient principalement en couple : 71,8% (n=74 dont 47 en union libre, 15 mariés, 12 pacsés) et 28,2% étaient célibataires (n=29).

Parmi les internes vivant en couple, la majorité (54%) avait un conjoint exerçant une profession médicale (n=32) ou paramédicale (n=8). Aucun conjoint n'était au chômage.

Les autres professions des conjoints évoquées étaient : 2 pharmaciens, 1 artisan électricien, 1 notaire salarié, 1 enseignant, 6 ingénieurs, 6 salariés, 1 « responsable HSE », 1 comptable salarié, 1 doctorant anthropologie, 1 fonctionnaire au Ministère de l'écologie, 1 juriste, 1 professeur, 1 ingénieur informatique, 1 commercial, 2 étudiants, 1 travaillant dans l'armée, 1 gendarme, 1 professeur des écoles, 1 architecte, 1 « HSE », 1 travaillant à l'éducation nationale. 5 personnes qui vivaient en couple en union libre se disaient « non concerné(e) » par la question « Si vous êtes en couple, votre conjoint exerce-t-il une profession médicale, paramédicale, chômage, autre ? ».

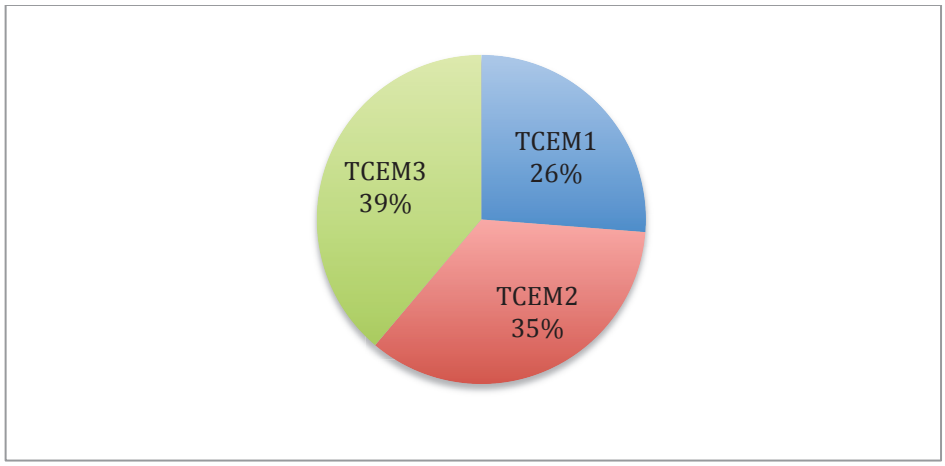
1.1.4. Enfants à charge

La majorité des internes répondeurs n'avaient pas d'enfants : 92,2% (n=95). Pour les autres, 6 internes (5,8%) avaient 1 enfant, 1 interne (1%) avait 2 enfants, 1 interne (1%) avait 3 enfants ou plus.

1.2. Cursus universitaire

1.2.1. Année d'internat

Notre population était composée de 27 internes en TCEM 1 (tous en deuxième semestre, dont un en « surnombre non validant »), 36 en TCEM 2 (7 internes en troisième semestre, 29 en quatrième semestre), et 40 en TCEM 3 (2 en cinquième semestre, 38 en sixième semestre dont un en « surnombre validant »). Aucun interne n'était en période de « disponibilité ».



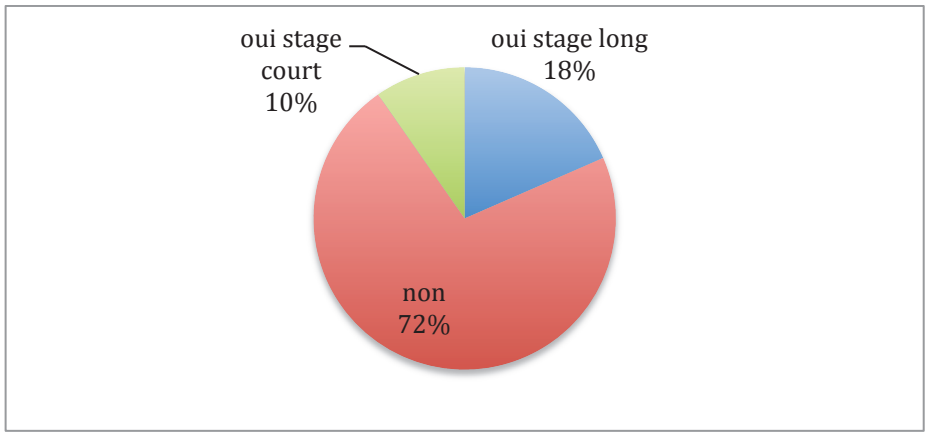
Les internes en semestre « pairs » étaient majoritaires étant donné la période de l'année de diffusion du questionnaire (semestre d'été).

La comparaison de la distribution des internes selon leur promotion diffère significativement entre notre échantillon et l'ensemble des internes inscrits au DESMG au moment de l'étude (p=0,004).

Dans notre étude, il existait une surreprésentation des étudiants en deuxième et troisième année d'internat. En effet 55,6% des IMG inscrits en TCEM 3 et 53,7% des IMG inscrits en TCEM 2 ont répondu à notre questionnaire contre seulement 26,5% des IMG inscrits en TCEM 1.

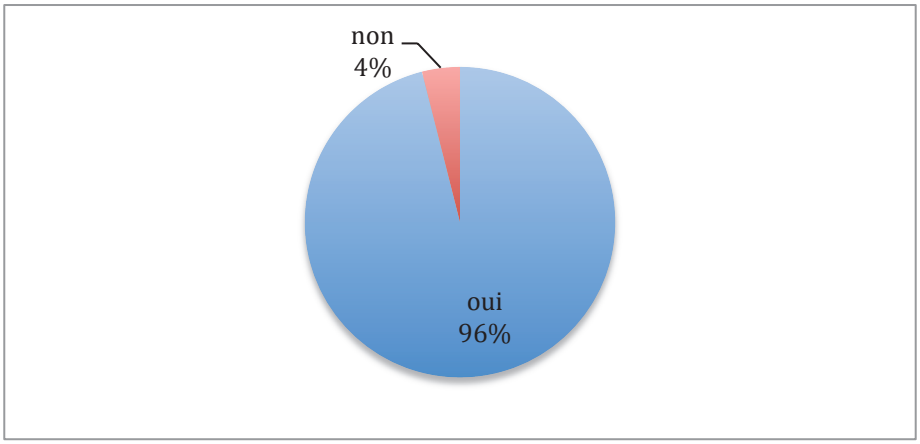
1.2.2. Stages en médecine générale

Concernant la réalisation d'un stage en médecine générale au cours de leur externat, les internes avaient répondus :

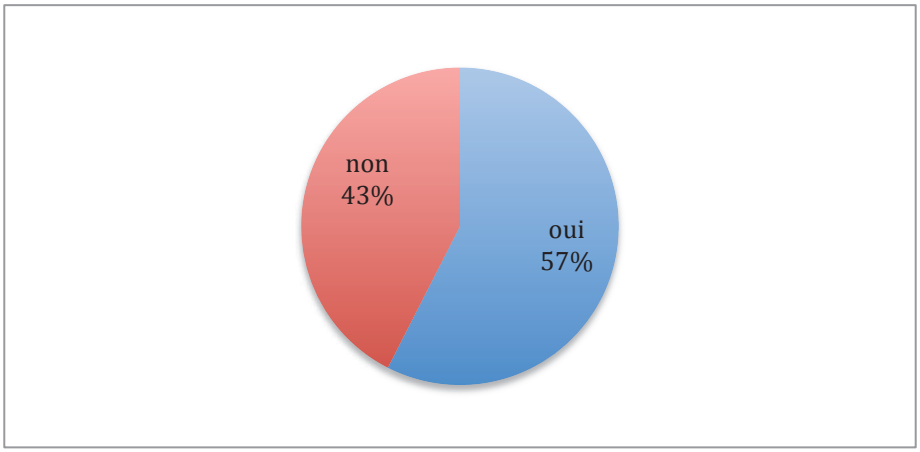


Le stage « court » correspondait à quelques jours, le stage « long » à plusieurs semaines en médecine générale.

Concernant le stage chez le praticien, parmi l'ensemble des internes interrogés, 72% (n=74) l'avaient réalisé ou étaient en cours. Cependant, ce stage est accessible à Rouen à partir du TCEM 2. Lorsque l'on s'interessait uniquement aux internes pouvant en bénéficier on obtenait alors les résultats suivants :



Concernant le SASPAS, parmi l'ensemble des internes interrogés, seulement 23% (n=24) l'avaient réalisé ou était en cours. Cependant, ce stage est accessible à Rouen à partir du TCEM 3 (sauf rares exceptions). Lorsque l'on s'interessait uniquement aux internes pouvant en bénéficier on obtenait alors les résultats suivants :



1.2.3. Signature d'un CESP (Contrat d'Engagement de Service Public)

Dans notre étude, une minorité des étudiants était engagé par un contrat avec un CESP (8,7%, n=9).

1.2.4. Choix aux ECN (Epreuves Classantes Nationales)

Une majorité de répondeurs déclarait avoir choisi volontairement aux ECN la spécialité de médecine générale (87,4% (n=90)).

Il n'a pas été mis en évidence de lien significatif entre le fait d'avoir réalisé un stage en médecine générale pendant l'externat et le choix volontaire de cette spécialité aux ECN (p=1).

1.2.5. Participation au séminaire intitulé « l'installation et l'exercice professionnel» organisé par le DUMG

16 internes (15,5%) avaient assisté à ce séminaire.

Ce séminaire est réservé aux internes de dernière année (TCEM3). Toutefois si des places restent vacantes, les plus jeunes semestres peuvent y assister. Ce fut le cas de 3 internes de TCEM2 lors de notre étude. Comme précisé dans la partie « matériel et méthode », ils ont été exclus des tests de comparaison de distribution. Dans notre échantillon, seuls 32,5% des TCEM3 interrogés avaient participé à cette formation.

1.2.6. Participation à des formations sur les différents modes d'exercice non organisées par la faculté

27 internes, tous semestres confondus (26,2%), avaient assisté à des formations sur les différents modes d'exercice non organisées par leur faculté. Parmi eux, 5 étaient en TCEM 1 (soit 18,5% des TCEM1 répondeurs), 8 en TCEM2 (soit 22,2%) et 14 en TCEM3 (soit 35% des TCEM3 répondeurs).

Sur l'ensemble des étudiants : 13 internes avaient participé à des Formations Médicales Continues (FMC) sur ce sujet, 4 à des groupes de pairs, 7 à des soirées de syndicats, 5 à des congrès, 7 s'étaient auto-documentés, et 1 avait reçu une formation « pendant l'externat ».

1.2.7. Participation à l'après-midi de formation sur le remplacement organisé par le syndicat des REmplaçants Généralistes et Jeunes Installés de Haute- Normandie (REGJHIN)

27 internes y avaient assisté (soit 26,2%). Parmi eux, aucun n'était en TCEM1, 1 était en TCEM2, 26 étaient en TCEM 3 (soit 65% des TCEM 3 répondeurs).

1.2.8. Remplacements

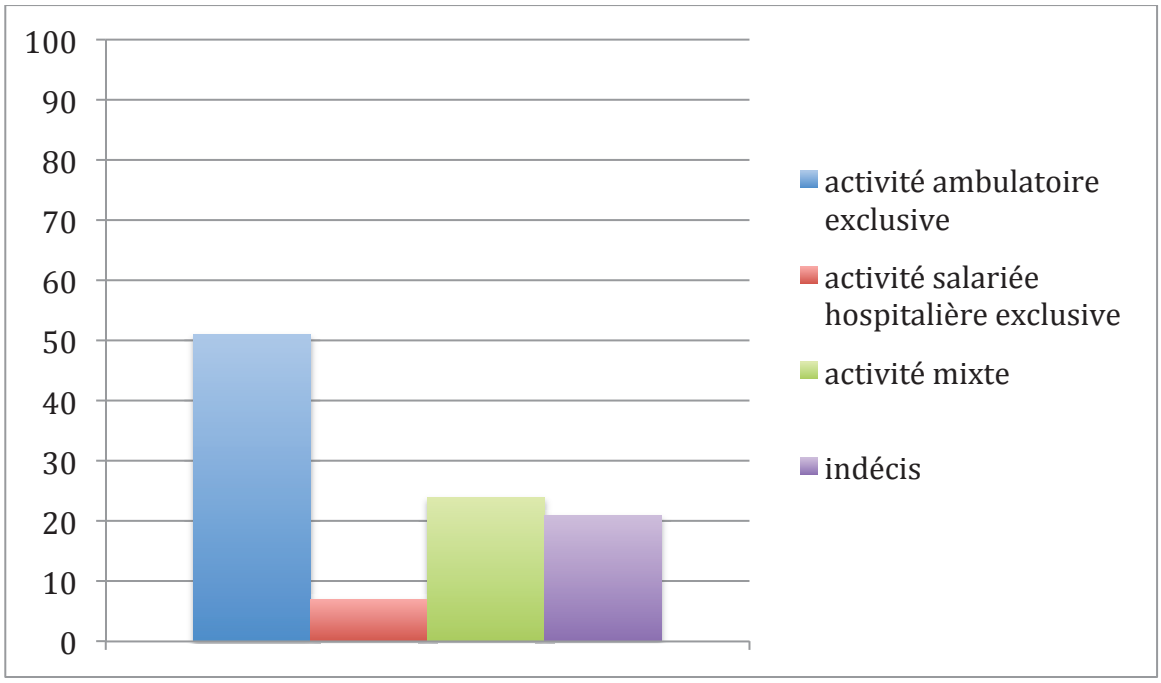
Parmi l'ensemble des répondeurs, 31,1% (n=32) avaient réalisé au moins une demi-journée de remplacement en médecine générale.

Parmi la population des étudiants étant au moins en quatrième semestre, 46,4% (n=32) avaient déjà remplacé.

Les internes ne peuvent effectuer des remplacements qu'après la validation de leur troisième semestre, dont un stage validé chez le praticien de niveau 1. Nous n'avons pas les éléments nécessaires pour calculer cette proportion.

1.3. Projet professionnel après l'internat

1.3.1. Vers quelle activité vous orientez-vous pour votre carrière professionnelle au long cours?



La majorité des internes (49,5%, n=51) n'avait donné qu'une seule réponse à cette question aux choix multiples : l'activité ambulatoire stricte (installation, remplacement, collaboration).

7 IMG (6,8%,) avaient répondu uniquement qu'ils s'orientaient vers l'exercice salarié hospitalier. Aucun n'avait choisi de s'orienter uniquement vers l'exercice salarié en structure (type centres de santé, PMI, médecine scolaire, planning familial,..).

Parmi les 24 internes (23,3%) s'orientant uniquement vers un exercice mixte, 16 internes souhaitaient avoir une activité mixte de type ambulatoire et hospitalière dont 1 avait précisé « dans un service d'urgence hospitalier ». 2 internes se projetaient vers une activité mixte de type ambulatoire et en structure. 6 hésitaient entre ces deux types d'activité mixte.

5,8% des internes interrogés (n=6) ne savaient pas vers quelle activité s'orienter au long cours ; 1 d'entre eux avait précisé uniquement « arrêt de la médecine pas intéressé car pas la MG ».

14,6% (n=15) des internes interrogés hésitaient entre plusieurs orientations professionnelles :

- 1 interne avait précisé qu'il s'orientait soit vers une activité ambulatoire stricte, soit vers une activité salariée en structure stricte (type PMI, médecine scolaire, Planning familial..), avec une préférence pour l'activité ambulatoire.

- 8 internes avaient répondu qu'ils s'orientaient soit vers une activité ambulatoire stricte, soit vers une activité mixte de type ambulatoire + en structure.

- 4 internes avaient répondu qu'ils s'orientaient, soit vers une activité ambulatoire stricte, soit vers une activité mixte de type ambulatoire + hospitalière.

- 1 interne avait répondu qu'il s'orientait soit vers une activité salariée hospitalière stricte, soit vers une activité mixte de type ambulatoire + hospitalière.

- 1 interne avait répondu qu'il s'orientait soit vers une activité salariée en structure stricte, soit vers une activité mixte.

1.3.2. Dans quel délai comptez-vous vous installer ?

La majorité des internes (n=62, 60,2%) comptait s'installer après une ou plusieurs années de remplacement.

15 internes (14,6%) comptaient s'installer dès la fin de l'internat et la validation de la thèse.

8 internes (7,8%) comptaient s'installer après une ou plusieurs années d'une autre activité que libérale (PMI, urgentistes..).

8 internes (7,8%) étaient sans avis pour l'instant.

10 internes (9,7%) étaient non concernés par la question.

1.3.3. Vers quel mode d'exercice libéral pensez-vous vous orienter?

Parmi les internes déclarant s'orienter vers une activité libérale (n=90), la grande majorité (85,6%) se destinait à l'exercice de groupe (57,8% (n=52) pour l'exercice pluridisciplinaire (type Maisons de santé, Pôles de santé), 27,8% (n=25) pour l'exercice en groupe monodisciplinaire (type collaboration, association). Aucun ne s'orientait vers l'exercice seul. 14,4% (n=13) étaient sans avis pour l'instant.

13 internes étaient non concernés par la question, car ne se destinaient pas à un exercice libéral ou mixte.

1.3.4. Souhaitez-vous avoir une activité mixte (libérale et salariée) dans les 5 ans suivants l'obtention de la thèse?

30 internes (29%) souhaitaient avoir une activité mixte de type libérale et salariée dans les 5 ans suivants l'obtention de leur thèse. 34 internes étaient sans avis pour l'instant.

La correction des réponses attendues au questionnaire concernant la partie « Connaissances » est présentée en Annexe 2. Elle est agrémentée de compléments d'information pour chaque question. Cette correction a été envoyée à la fin de l'étude à l'ensemble des IMG interrogés.

La présentation de l'ensemble des résultats des questions concernant les connaissances et les attentes de formation des IMG sur l'exercice libéral était similaire comme dans l'exemple suivant :

La question : *D'après vous, pour quel type d'activité y-a-t-il un intérêt à souscrire à un contrat de prévoyance ?*

Les différents choix proposés aux internes :

- Libérale : 90 (87,4%) **= nombre absolu d'internes ayant fait ce choix (pourcentage sur l'ensemble des répondeurs)**

- Salariée : 32(31,1%)

- Ne sait pas : 11 (10,7%)

- Aucun intérêt dans tout les cas : 0

Proportion de bonnes réponses :

89,3% (n=92) avaient bien répondu à cette question.

Les bonnes réponses étaient soulignées.

La proportion de bonnes réponses pour chaque question était précisée. Pour se faire, le résultat était considéré comme bon dès lors qu'une bonne réponse était mentionnée, même si plusieurs étaient attendues. En revanche, le résultat était considéré comme faux, dès lors qu'une mauvaise réponse était mentionnée.

Les analyses statistiques de comparaison de distribution correspondant à notre objectif secondaire ont été présentées en Annexe 3. Seuls les résultats significatifs ont été détaillés ci-dessous. Leurs buts étaient de mesurer l'influence de la formation théorique ou pratique sur les connaissances des IMG et leurs attentes de formation. La formation théorique était assimilée à la participation au séminaire intitulé « l'installation et l'exercice professionnel » et la formation pratique était assimilée à la réalisation du SASPAS.

2. Connaissances des IMG rouennais sur l'installation en exercice libéral

2.1. La couverture sociale

2.1.1. Un médecin libéral (secteur 1) est-il couvert à 100% par le régime général de la sécurité sociale pour le remboursement de ses frais liés à un accident de travail (exemple : accident entre 2 visites à domicile) ou une maladie professionnelle?

69 internes (67%) avaient répondu « non », ce qui représentait la bonne réponse à cette question. 23 internes ne savaient pas répondre.

Parmi les 13 internes ayant assisté au séminaire, 100% avaient donné la bonne réponse à cette question. D' après le test exact de Fischer, les étudiants ayant participé au séminaire avaient tendance à mieux répondre que les autres (p=0,07).

2.1.2. D'après vous, pour quel type d'activité y-a-t-il un intérêt à souscrire à un contrat de prévoyance ?

- Libérale : 90 (87,4%)
- Salariée : 32(31,1%)
- Ne sait pas : 11 (10,7%)
- Aucun intérêt dans tout les cas : 0

Proportion de bonnes réponses :

89,3% (n=92) avaient bien répondu à cette question.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.2. Les structures juridiques encadrant l'exercice en groupe

2.2.1. Avez-vous déjà entendu parler des différentes structures juridiques suivantes encadrant les modes d'exercice ?

Structures juridiques	Résultats généraux N=103	Séminaire réalisé N=13	SASPAS réalisé N=23
SCM (Société Civile de Moyens)	57,3% (n=59)	84,6% (n=11)	73,9% (n=17)
SEL (Société d'Exercice Libéral)	6,8% (n=7)	0%	17,4% (n=4)
SCP (Société Civile Professionnelle)	32% (n=33)	46,1% (n=6)	21,7% (n=5)
SCI (Société Civile Immobilière)	53,4% (n=55)	92,3% (n=12)	82,6% (n=19)
SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)	11,6% (n=12)	53,8% (n=7)	17,4% (n=4)
GIE (Groupement d'Intérêt Economique)	4,8% (n=5)	15,4% (n=2)	8,7% (n=2)
Aucune	28,2% (n=29)	7,7% (n=1)	13% (n=3)

2.2.2. Dans quelle(s) société(s) les associés doivent-ils être obligatoirement des médecins uniquement ?

- SCM (Société Civile de Moyens) : 13 (12,6%)

- SEL (Société d'Exercice Libéral) : 4 (3,9%)

- SCP (Société Civile Professionnelle) : 7 (6,8%)

- SCI (Société Civile Immobilière) : 2 (1,9%)

- SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) : 5 (4,8%)

- GIE (Groupements d'Intérêt Economique) : 0 (0%)

- ne sait pas : 76 (73,8%)

Proportion de bonnes réponses :

8,7% (n=9) avaient bien répondu à cette question, dont un seul interne ayant donné les deux bonnes réponses (il n'avait pas participé au séminaire ni au SASPAS).

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.2.3. Dans quelle(s) société(s) les associés sont-ils responsables indéfiniment et solidairement des dettes professionnelles sur leurs biens personnels?

- SCM (Société Civile de Moyens) : 12 (11,6%)
- SEL (Société d'Exercice Libéral) : 2 (1,9%)
- SCP (Société Civile Professionnelle) : 3 (2,9%)
- SCI (Société Civile Immobilière) : 11(10,7%)
- SISA (Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires) : 0 (0%)
- GIE (Groupement d'Intérêt Economique) : 2 (1,9%)
- ne sait pas : 83 (80,6%)

Proportion de bonnes réponses :

Un seul interne avait bien répondu à cette question, il n'avait pas participé au séminaire ni au SASPAS.

2.3. La collaboration libérale

2.3.1. Connaissez-vous le statut de collaborateur libéral?

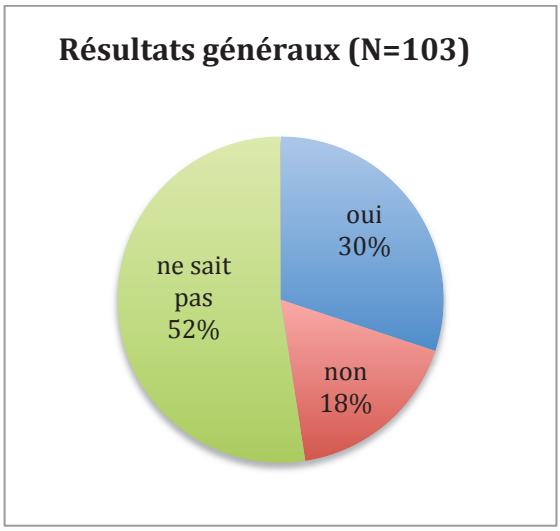
48,5% de l'ensemble des internes interrogés connaissaient ce statut (n=50).

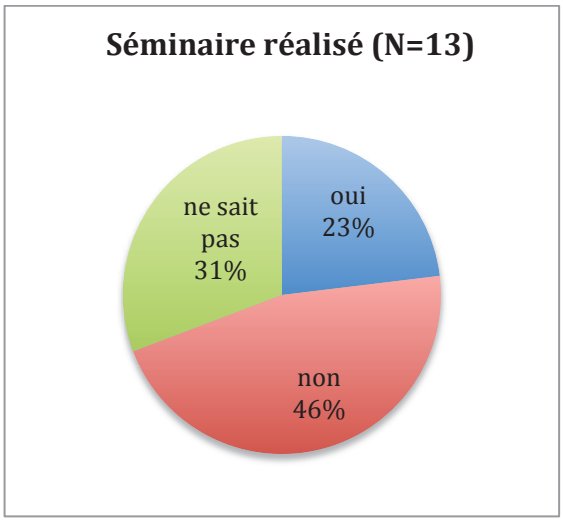
Parmi les TCEM3, les internes ayant participé au séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel connaissaient significativement plus que les autres ce statut (p=0,02). 100% des internes de ce groupe avaient répondu « oui » à cette question (n=13) versus 66,7% (n=18) de ceux n'ayant pas fait le séminaire.

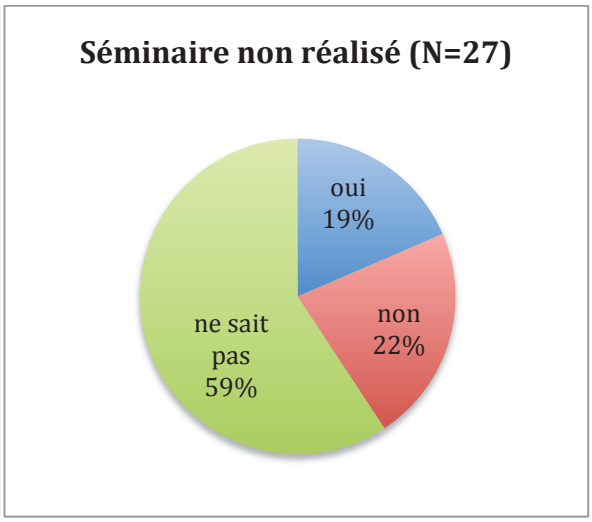
Parmi les TCEM3, les internes ayant réalisé le SASPAS avaient tendance à moins connaître le statut de collaborateur que ceux n'ayant pas fait le SASPAS (p=0,054) (65,2% n=15, versus 94,1% n=16).

2.3.2. Peut-on exercer à la fois comme collaborateur libéral et effectuer des remplacements chez un autre confrère?

« Oui » était la bonne réponse.







Proportion de bonnes réponses :

30,1% (n=31) avaient bien répondu à cette question parmi l'ensemble des étudiants interrogés.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.4. Les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération)

2.4.1. Quelle(s) société(s) peut (peuvent) percevoir de Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)?

- SCM (Société Civile de Moyens): 4 (3,9%)
- SEL (Société d'Exercice Libéral): 0 (0%)
- SCP (Société Civile Professionnelle): 1 (1%)
- SCI (Société Civile Immobilière): 1 (1%)
- SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires): 13 (12,6%)
- GIE (Groupement d'Intérêt Economique): 1 (1%)
- ne sait pas : 89 (86,4%)

Proportion de bonnes réponses :

11,6% (n=12) avaient bien répondu à cette question parmi l'ensemble des étudiants interrogés.

Les internes ayant donné les 2 bonnes réponses étaient 3 au total (soit 2,9%) dont 1 ayant participé au séminaire.

Parmi les TCEM3, les internes ayant participé au séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel avaient tendance à mieux répondre que ceux n'ayant pas fait le séminaire (p=0,086) (38,5% n=5, versus 11,1% n=3).

Parmi les TCEM3, les internes ayant réalisé le SASPAS avaient tendance à moins bien répondre que ceux ne l'ayant pas fait (p=0,053). 8,7% des internes de ce groupe avaient bien répondu à cette question (n=2) versus 35,3% (n=6) de ceux n'ayant pas fait ce stage.

2.5. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires

2.5.1. Concernant les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, quelle structure juridique d'exercice est la plus adaptée ?

- SCM (Société Civile de Moyens): 14 (13,6%)
- SEL (Société d'Exercice Libéral): 3 (2,9%)
- SCP (Société Civile Professionnelle): 2 (1,9%)
- SCI (Société Civile Immobilière): 6 (5,8%)
- SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires): 15 (14,6%)
- GIE (Groupement d'Intérêt Economique) : 2 (1,9%)
- ne sait pas : 61 (59,2%)

Proportion de bonnes réponses :

14,6% (n=15) avaient bien répondu à cette question parmi l'ensemble des étudiants interrogés.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.6. Les Centres de Santé

2.6.1. Quel(s) mode(s) d'exercice peut-on pratiquer dans un Centre de santé ?

- activité libérale exclusive : 32 (31,1%)
- activité salariée exclusive : 27 (26,2%)
- activité mixte (libérale et salariée) : 79 (76,7%)
- ne sait pas : 21 (20,4%)

Proportion de bonnes réponses :

49,5% (n=51) avaient bien répondu à cette question parmi l'ensemble des étudiants interrogés. Etant donné le probable biais de compréhension de cette question, la réponse « activité mixte » était acceptée comme bonne (les médecins

pouvant avoir une activité libérale à l'extérieur d'un centre de santé et salariée exclusive au sein du centre de santé).

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.7. Les Pôles de Santé

2.7.1. Quelle(s) société(s) peut (peuvent) regrouper plusieurs cabinets sur des sites différents ?

- SCM (Société Civile de Moyens): 6 (5,8%)
- SEL (Société d'Exercice Libéral): 5 (4,8%)
- SCP (Société Civile Professionnelle): 8 (7,8%)
- SCI (Société Civile Immobilière): 6 (5,8%)
- SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) : 12 (11,6%)
- GIE (Groupement d'Intérêt Economique): 4 (3,9%)
- ne sait pas : 74 (71,8%)

Proportion de bonnes réponses :

7,8% (n=8) avaient bien répondu à cette question parmi l'ensemble des internes sondés. Seuls 2 internes avaient donné les 4 bonnes réponses à cette question soit 1,9%.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.7.2. Qu'est-ce qu'un " Pôle de santé "?

- regroupement de professionnels de santé coordonnés autour d'une patientèle mais n'exerçant pas dans la même structure immobilière : 26 (25,2%)
- regroupement de maisons de santé, centres de santé, établissements de santé et/ou services médico-sociaux : 55 (53,4%)
- structure pluriprofessionnelle spécifiquement orientée vers l'exercice salarié : 14 (13,6%)
- ne sait pas : 17 (16,5%)

Proportion de bonnes réponses :

69,9% (n=72) avaient bien répondu à cette question parmi l'ensemble des internes sondés. Seuls 5,8% des internes interrogés (n=6) avaient donné les 2 bonnes réponses.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.8. Les aides à l'installation

2.8.1. Connaissez- vous l'existence d'un guichet unique de l'installation en Haute-Normandie ?

17 internes (16,5%) connaissaient l'existence d'un guichet unique de l'installation. Parmi eux, 4 ont cité le « GUIPS », un l' « ARS » et 4 ont précisé qu'ils connaissaient son existence mais pas son nom.

Parmi les TCEM3, les internes ayant participé au séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel avaient tendance à mieux connaître l'existence du guichet unique de l'installation que ceux n'ayant pas fait le séminaire (p=0,07) (53,8% n=7, versus 22,2% n=6).

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au SASPAS sur la proportion de réponses affirmatives à cette question.

2.8.2. Aurez-vous recours au moment de votre installation à un professionnel pour le choix de votre mode d'exercice (type juriste, expert comptable, fiscaliste, Association de Gestion Agréée) ?

53 internes (51,5%) avaient répondu positivement à cette question.

46 internes étaient sans avis pour l'instant.

2.8.3. Selon vous: la Convention Médicale verse-t-elle une rémunération forfaitaire aux médecins généralistes installés en zones déficitaires ?

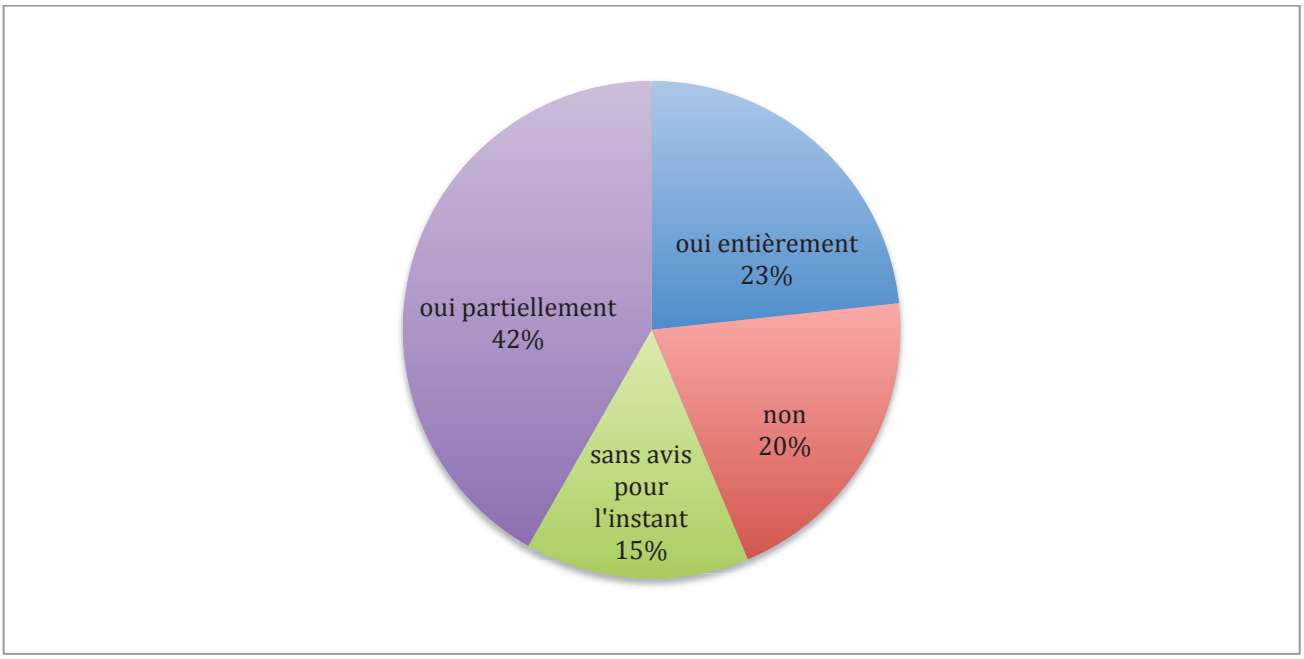
- quelque soit leur mode d'exercice : 47 (45,6%)
- exercice en cabinet seul : 11 (10,7%)
- exercice en cabinet de groupe monodisciplinaire : 12 (11,6%)
- exercice en cabinet de groupe pluridisciplinaire : 13 (12,6%)
- exercice en centres de santé : 5 (4,8%)
- ne sait pas : 43 (41,7%)

Proportion de bonnes réponses :

Seulement 1,9% (n=2) avait bien répondu à cette question parmi l'ensemble des internes sondés. Un seul interne avait donné les deux bonnes réponses à cette question parmi l'ensemble des étudiants interrogés.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de bonnes réponses.

2.8.4. De meilleures connaissances sur les aides financières favoriseraient-elles votre installation en zones déficitaires Haut – Normandes ?



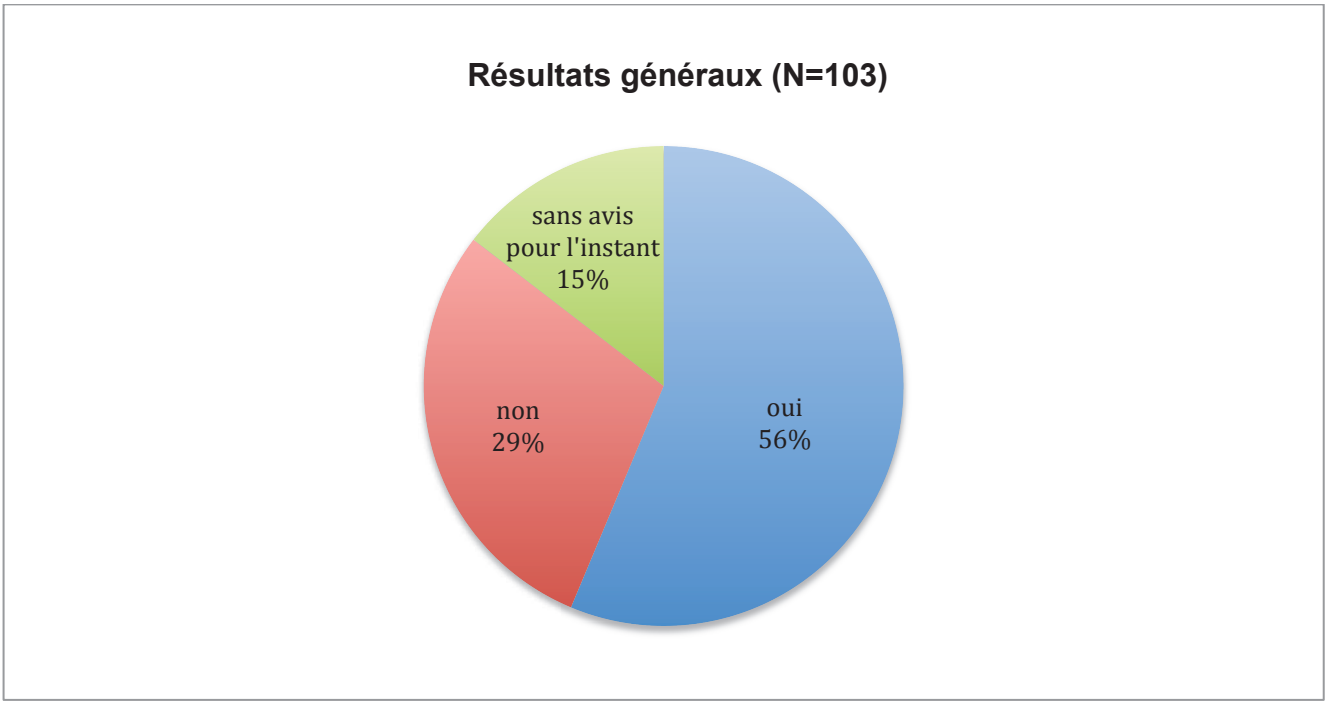
2.9. Autocritique des internes sur leurs connaissances

2.9.1. Pensez-vous que vous serez capables de gérer un cabinet libéral de médecine générale à la fin de votre internat ?

Seulement 10,7% des internes (n=11) pensaient qu'ils seraient capables de gérer un cabinet libéral à la fin de leur internat. 71 internes (69%) avaient répondu « non » à cette question. 21 étaient sans avis pour l'instant.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de réponses affirmatives à cette question.

2.9.2. La gestion du cabinet de médecine libérale représente-t-elle pour vous un frein à l'installation dans ce mode d'exercice?



Résultats parmi les TCEM 3 :

La proportion d'étudiants ayant donné leur avis à cette question, ne diffère pas suivant leur participation au séminaire (p=0,54) ou au SASPAS (p=1).

Parmi ces internes :

- Concernant le séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel, il semblerait que 75% (n=18) de ceux n' y ayant pas assisté perçoivent la gestion du cabinet de médecine libérale comme un frein à l'installation versus 53,8%(n=7) de ceux y ayant participé (p=0,27).
- Concernant le SASPAS, 62,5% (n=10) de ceux ne l'ayant pas réalisé percevaient la gestion du cabinet de médecine libérale comme un frein à l'installation, versus 71,4%(n=15) de ceux en ayant bénéficié (p=0,72).

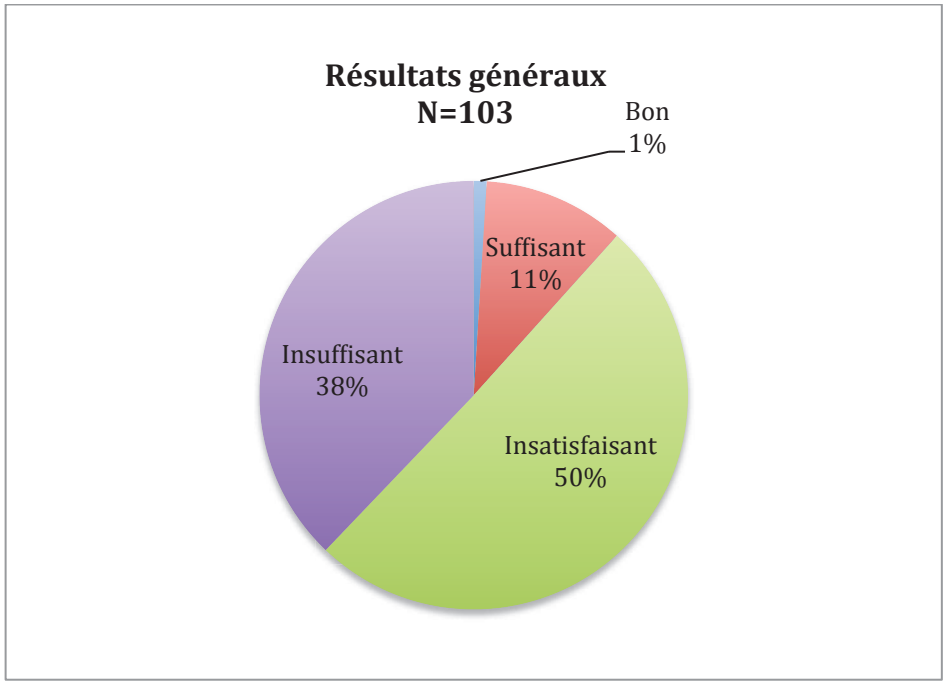
3. Attentes de formation des IMG rouennais sur l'installation en exercice libéral

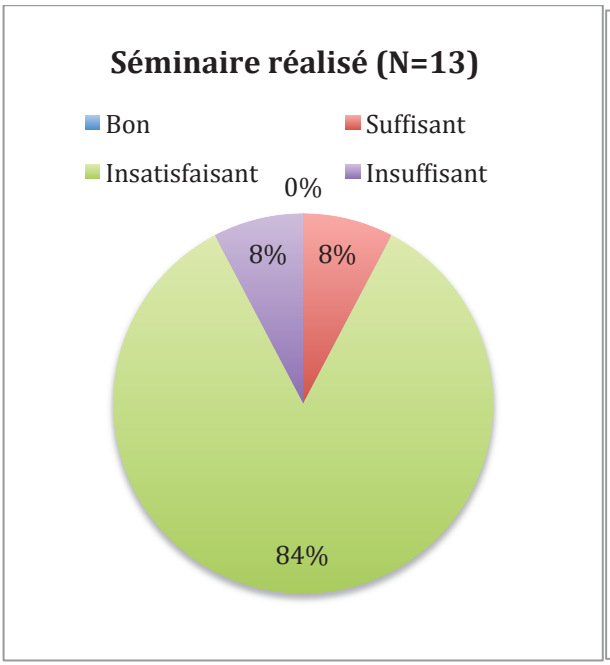
3.1. Satisfaction des IMG rouennais sur la formation à l'exercice libéral

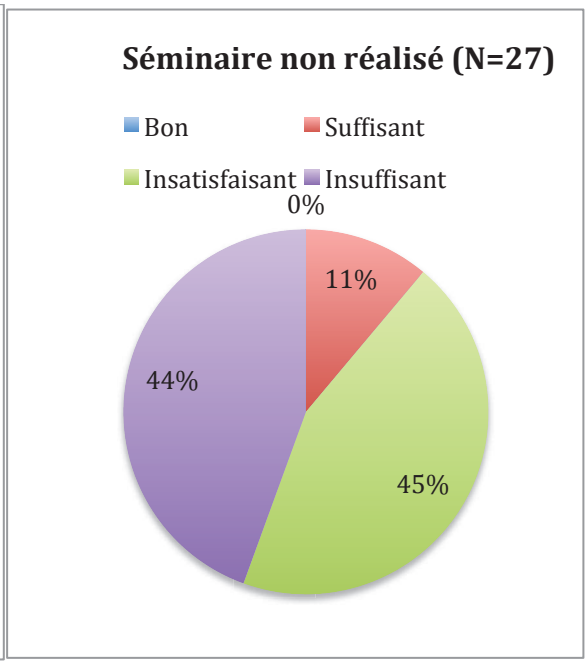
Les différents adjectifs étaient définis dans notre questionnaire de la façon suivante :

- « bon » : il lui a permis d'être complètement à l'aise pour choisir de façon éclairée son mode d'exercice futur.
- « suffisant » : il leur a apporté les connaissances suffisantes pour faire la distinction entre les différents modes d'exercices possibles.
- « insatisfaisant » : il leur a apporté quelques notions mais ils n'ont pas assez de connaissances pour s'installer de façon autonome dans leur mode d'exercice futur.
- « insuffisant » : il leur a apporté très peu de connaissances pour leur permettre de s'orienter sans crainte vers un mode d'exercice.

3.1.1. Que pensez- vous de l'enseignement théorique du DESMG délivré par la Faculté sur les différents modes d'exercices possibles en médecine générale?

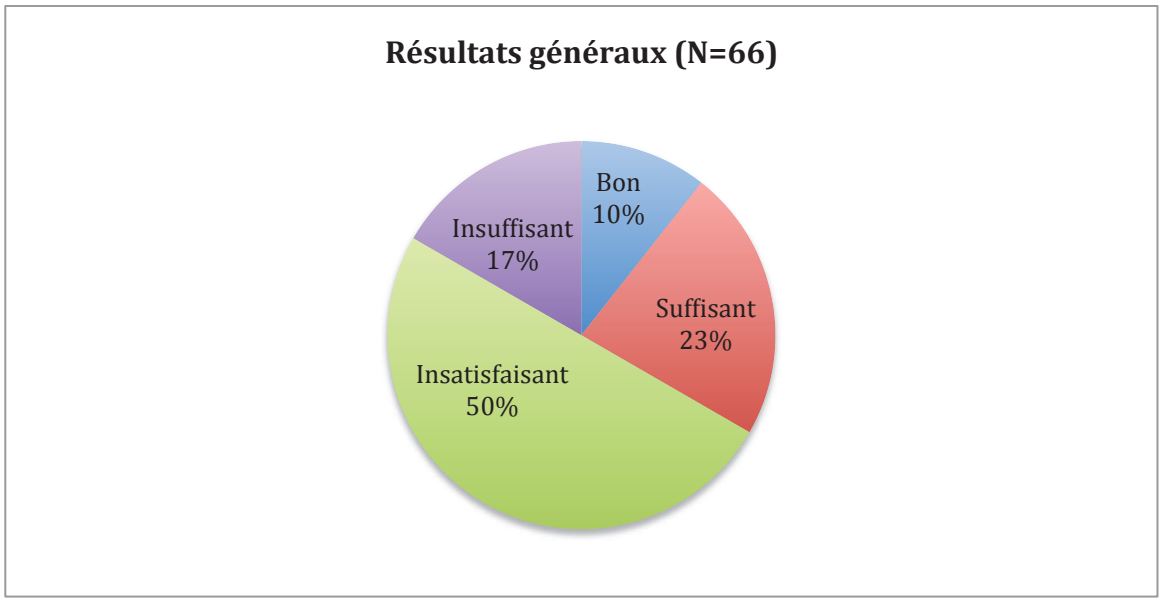






Parmi les TCEM3, les internes ayant participé au séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel étaient significativement plus satisfaits de leur formation universitaire sur l'exercice libéral que ceux n 'ayant pas été au séminaire (p=0,03). Seulement 8% des internes (n=1) ayant assisté au séminaire estimaient la formation universitaire « insuffisante » versus 44% (n=12) de ceux n'ayant pas fait le séminaire.

3.1.2. Si vous avez effectué au moins 1 stage VALIDÉ en ambulatoire : que pensez-vous de l'enseignement de vos maîtres de stage sur les différents modes d'exercice possibles en médecine générale?



37 internes n'étaient pas concernés par cette question car n'avaient pas encore validé de stage en ambulatoire. Ils ont été exclus pour calculer les proportions des différentes réponses à cette question.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative du SASPAS sur la satisfaction des internes sur ce sujet.

3.2. Une formation plus approfondie pour une installation plus rapide ?

3.2.1. Pensez-vous qu'une formation plus approfondie au cours de votre cursus universitaire sur ce sujet vous inciterait à vous installer plus rapidement ?

85 internes (82,5%) avaient répondu « oui » à cette question.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de réponses affirmatives.

3.3. Un internat en 4 ans ?

3.3.1 Pensez-vous qu'une quatrième année professionnalisante, FACULTATIVE, serait utile pour ceux qui souhaitent exercer en médecine libérale pour acquérir les compétences nécessaires en gestion du cabinet ?

50 internes (48,5%) étaient favorables à cette proposition.

Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de réponses affirmatives.

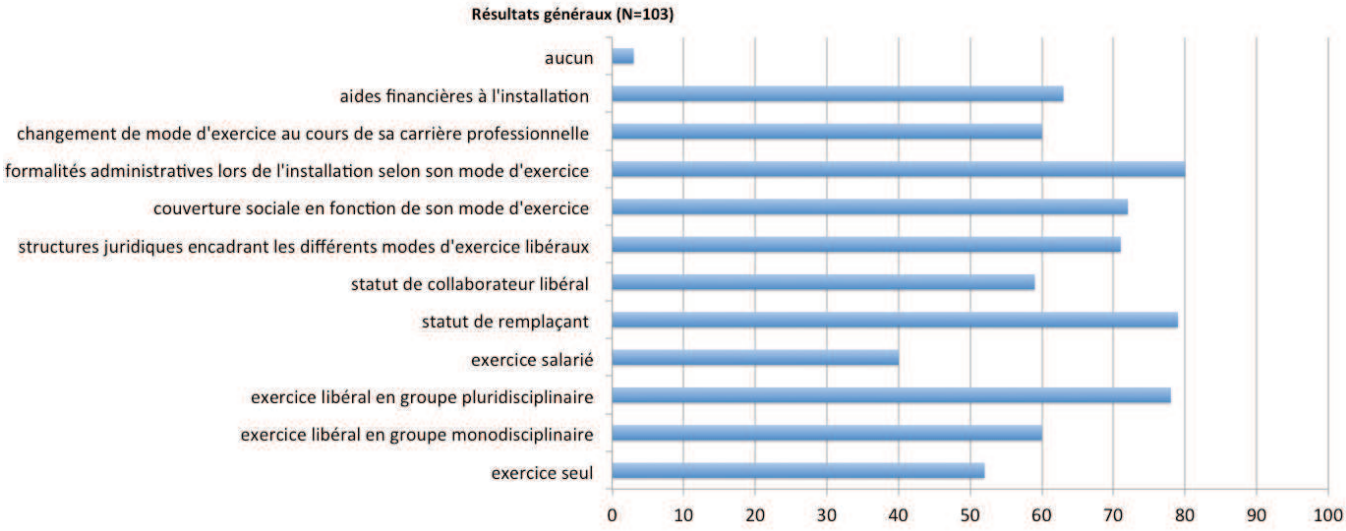
3.4. Les domaines de formation attendus par les étudiants en fonction de leur année d'internat

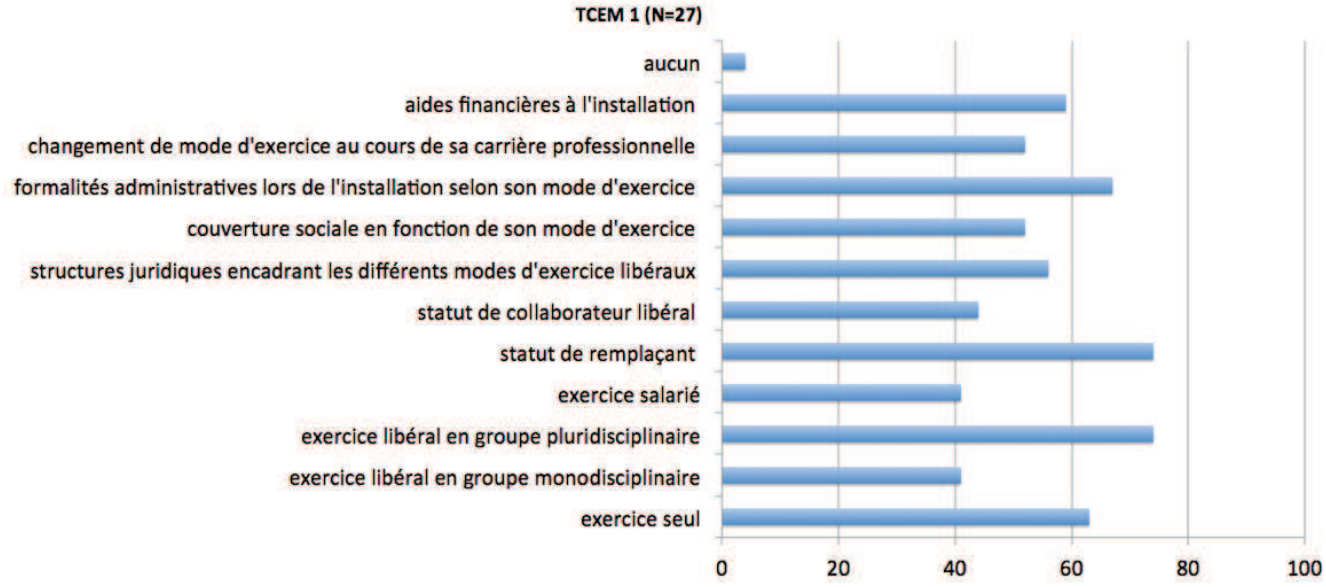
3.4.1. Pensez-vous qu'une formation sur l'outil "C@rtosanté" serait utile avant l'installation?

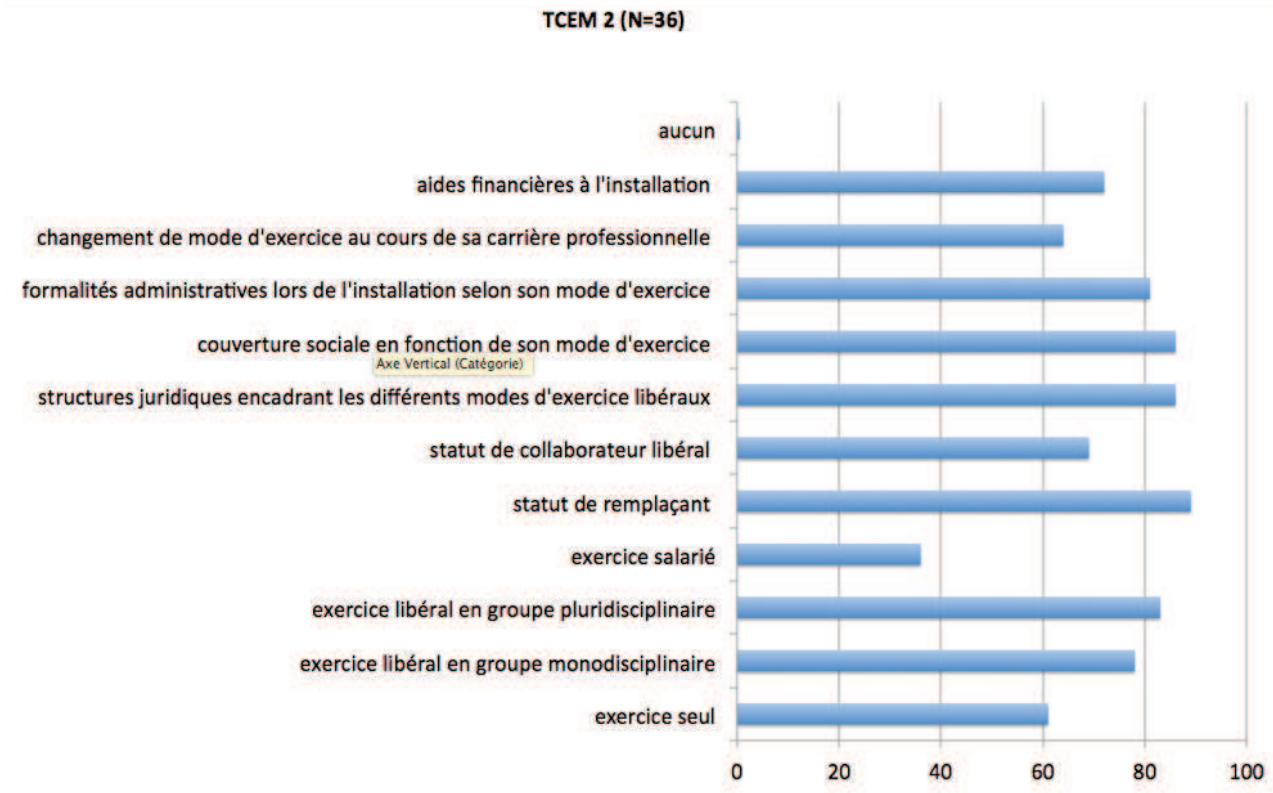
92 internes (89,3%) pensaient qu'une formation sur l'outil « C@rtosanté » serait utile. Parmi eux, 52 (56,5%) pensaient que cette formation pourrait être dispensée par la faculté, 16 (17,4%) étaient favorables à un mode d'emploi écrit sur le site en lien avec C@rtosanté, 22 (23,9%) étaient favorables à un tutoriel vidéo sur le site.

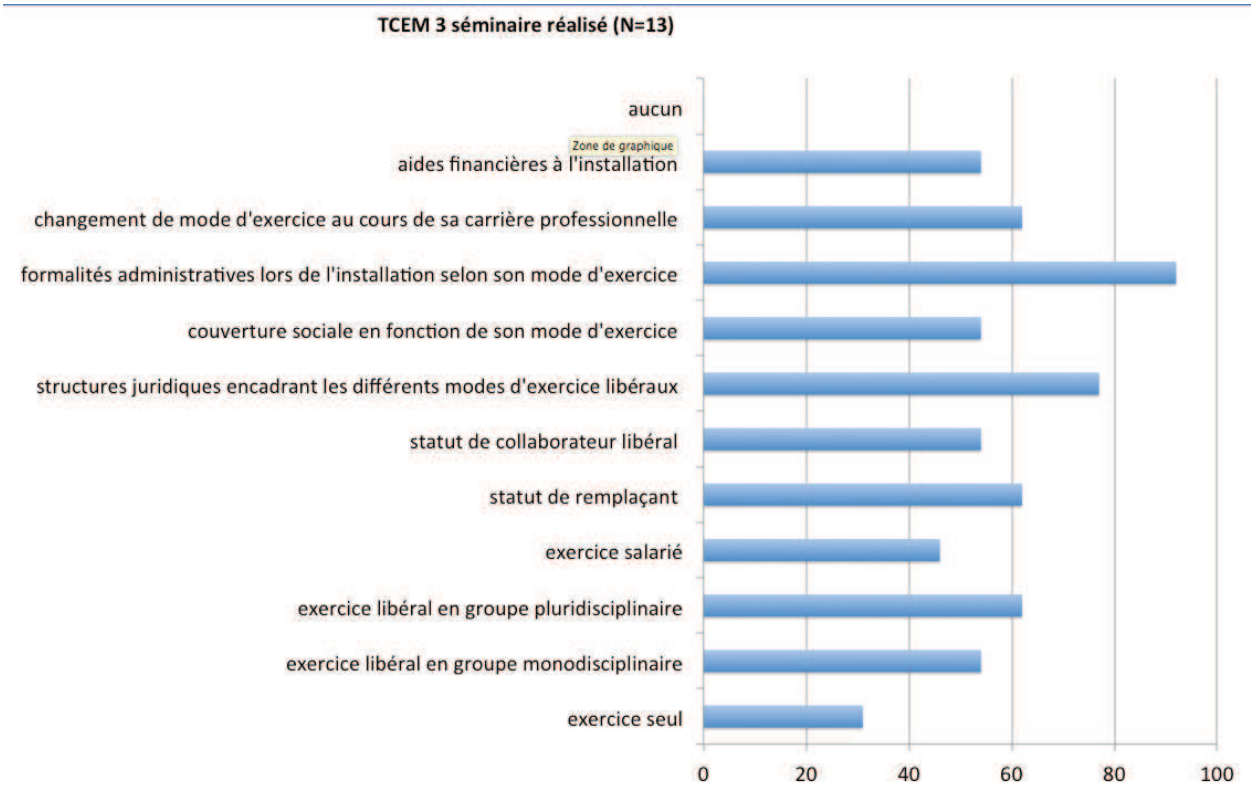
Il n'a pas été retrouvé d'influence statistiquement significative de la participation ou non au séminaire et au SASPAS sur la proportion de réponses affirmatives.

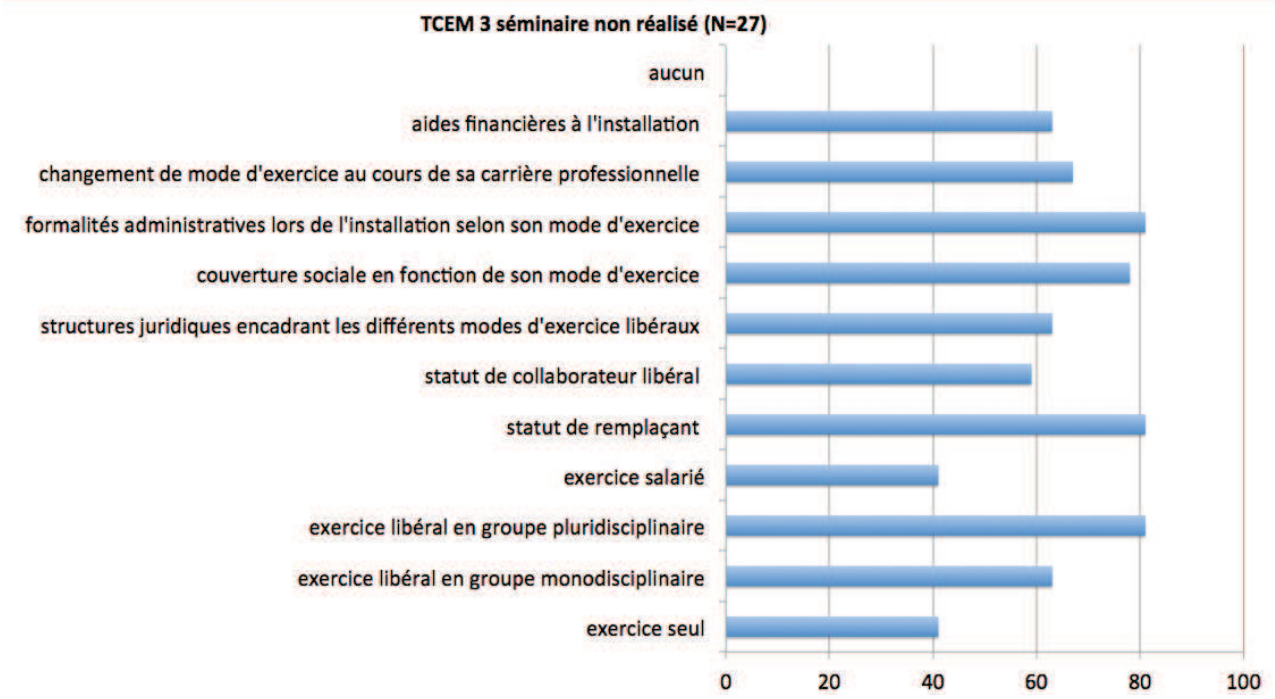
3.4.2. Dans quel(s) mode(s) d'exercice et leur spécificité souhaiteriez-vous avoir une formation plus approfondie ?



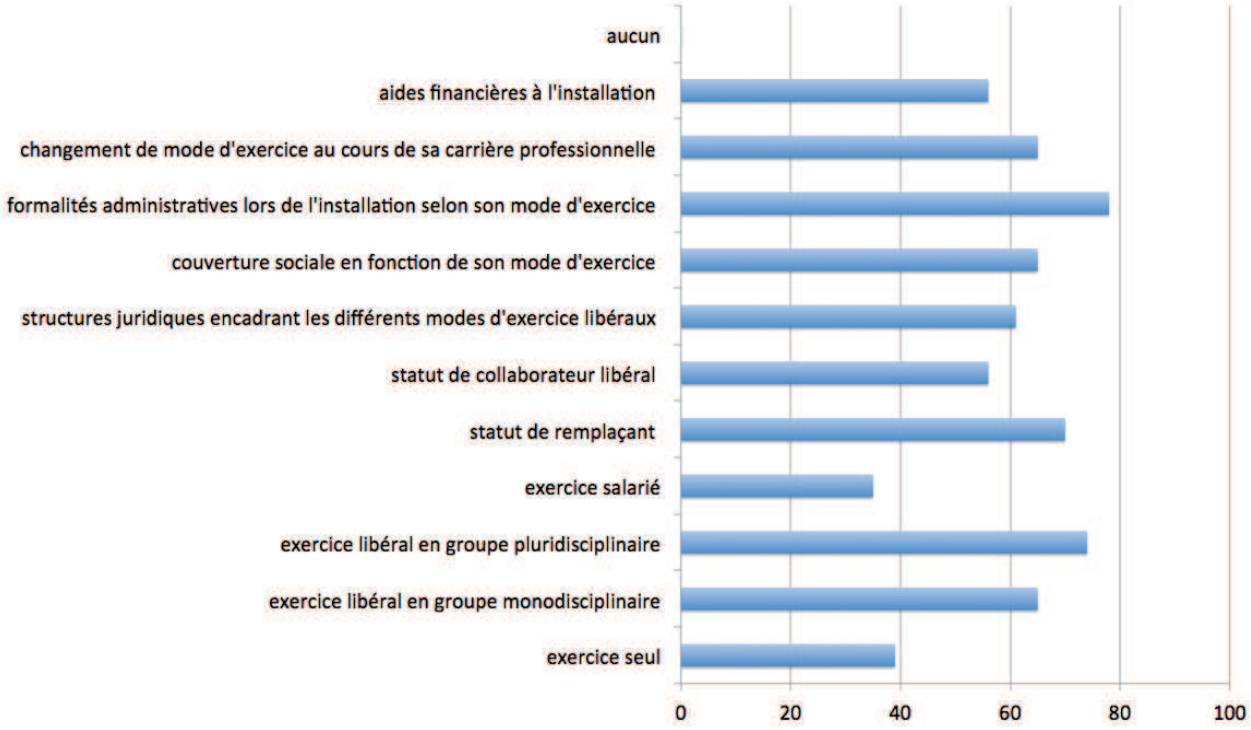



TCEM 2 (N=36)
aucun
aides financières à l'installation
changement de mode d'exercice au cours de sa carrière professionnelle
formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice
couverture sociale en fonction de son mode d'exercice
Axe Vertical (Catégorie)
structures juridiques encadrant les différents modes d'exercice libéraux
statut de collaborateur libéral
statut de remplaçant
exercice salarié
exercice libéral en groupe pluridisciplinaire
exercice libéral en groupe monodisciplinaire
exercice seul
0
20
40
60
80
100

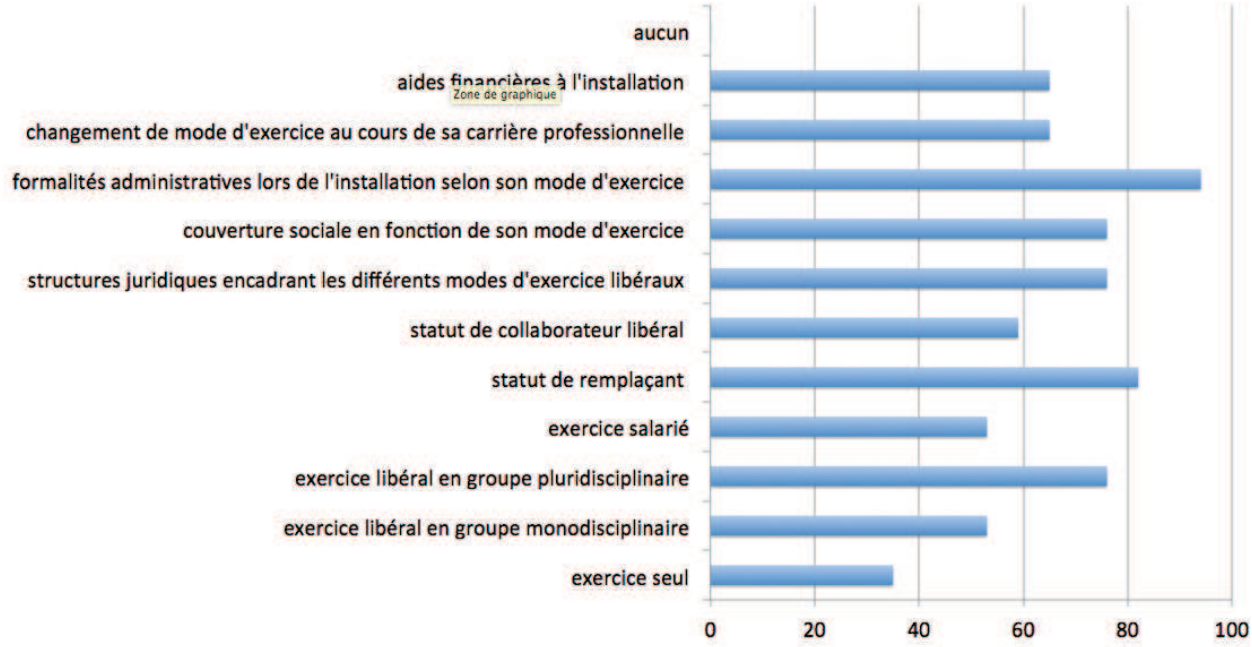

TCEM 3 séminaire réalisé (N=13)
aucun
aides financières à l'installation
changement de mode d'exercice au cours de sa carrière professionnelle
formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice
couverture sociale en fonction de son mode d'exercice
structures juridiques encadrant les différents modes d'exercice libéraux
statut de collaborateur libéral
statut de remplaçant
exercice salarié
exercice libéral en groupe pluridisciplinaire
exercice libéral en groupe monodisciplinaire
exercice seul
0
20
40
60
80
100


TCEM 3 séminaire non réalisé (N=27)
aucun
aides financières à l'installation
changement de mode d'exercice au cours de sa carrière professionnelle
formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice
couverture sociale en fonction de son mode d'exercice
structures juridiques encadrant les différents modes d'exercice libéraux
statut de collaborateur libéral
statut de remplaçant
exercice salarié
exercice libéral en groupe pluridisciplinaire
exercice libéral en groupe monodisciplinaire
exercice seul
0
20
40
60
80
100

TCEM 3 SASPAS réalisé (N=23)



TCEM 3 SASPAS non réalisé (N=17)



DISCUSSION

1. Intérêt et originalité de l'étude

De nombreux travaux de recherche ont été réalisés sur le thème des modes d'exercice en médecine générale au sens strict du terme : modes d'exercice choisis ou souhaités en post-internat (16), état des lieux de l'enseignement réalisé sur les modes d'exercice par les facultés.(13)

La fin de l'internat de médecine générale est une période charnière pour les jeunes praticiens. La plupart s'oriente vers un exercice libéral (49,5%) ou mixte (23,3%), mais il semblerait que les connaissances requises à la gestion en cabinet libéral soient un frein à l'installation (pour 56% des étudiants de notre étude).

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes intéressés tout d'abord à l'évaluation des connaissances des internes de médecine générale rouennais sur l'installation en exercice libéral.

Et ensuite, comment améliorer les choses? Récemment, une évaluation de l'enseignement du DESMG dans sa globalité a été réalisée, mais aucune évaluation spécifique de l'enseignement et des attentes de formation sur l'installation en exercice libéral n'a été retrouvée. (18), (19)

L'intérêt de cette étude quantitative descriptive était donc ni l'exhaustivité ni la significativité. En revanche ce travail tentait d'évaluer objectivement le niveau de connaissances des internes rouennais sur l'installation en exercice libéral et de tester par une analyse statistique le bénéfice de la formation théorique (séminaire) et pratique (SASPAS) pour chaque item. De plus, cette thèse tentait de proposer des solutions en exposant les attentes de formations des internes.

L'originalité se résumait à son caractère unique, car aucun travail de ce type n'a été retrouvé dans la littérature. Enfin, il semble que l'installation en exercice libéral soit d'actualité.

2. Critique de la méthode

2.1. La population ciblée

La population de notre étude correspondait à l'ensemble des internes de médecine générale de l'université de Rouen, tout semestre confondu, inscrits au DESMG durant le semestre d'été 2014.

Pourquoi avoir choisir l'ensemble des internes alors que l'enseignement facultaire sur les modes d'exercice était réservé aux étudiants en dernière année d'internat (TCEM3) ? L'explication vient du fait que d'une part, les plus jeunes pouvaient assister à ce séminaire de manière anticipée, si les places n'étaient pas toutes pourvues par les troisièmes années, et d'autre part, cela évaluait l'auto-formation des internes.

Les tests statistiques de distribution de proportion ont été réalisés exclusivement sur les internes de TCEM3, car les formations pratiques et théoriques délivrées au cours du DESMG leur sont réservées. Ainsi, 3 étudiants de TCEM2 ayant assisté au séminaire, ont été exclus de l'analyse statistique afin de ne pas biaiser les résultats.

Nous avons réceptionné 109 questionnaires, mais 4 ont été exclus de l'analyse, car remplis par des personnes ayant terminé l'internat de médecine générale. Les critères d'inclusion et d'exclusion auraient dû être précisés dans le courrier informatif joint au questionnaire afin d'éviter ce genre d'erreur.

2.2. Elaboration du questionnaire

Le choix de mener cette enquête par questionnaire nominatif avait initialement été discuté afin de relancer uniquement les non-répondeurs. Ce choix a été abandonné afin de ne pas entrainer un biais de réponse, étant donné qu'il s'agissait d'un questionnaire évaluant les connaissances.

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré (rempli directement par les personnes sondées) expose à une subjectivité des réponses, une mauvaise qualité des informations recueillies avec des réponses partielles ou « au hasard ». Nous avons essayé de lutter contre ces limites inhérentes aux enquêtes déclaratives, en rendant toutes les questions obligatoires et en laissant à l'interrogé la possibilité de cocher la case « ne sait pas » chaque fois que nécessaire. Toutefois un biais d'interprétation persiste dans notre étude puisque l'interrogé pouvait aller rechercher

les réponses aux questions de « connaissances » de façon concomitante sur internet par exemple.

Notre questionnaire a été évalué en amont par un échantillon de 14 internes proches de la population cible, ainsi que par le directeur de thèse et par un enseignant universitaire permettant de s'assurer de sa faisabilité et de sa compréhension. Un ordre logique de passage des questions a été instauré. Nous avons également été attentifs à ce que les règles de remplissage de chaque question soient explicites. Le « référent installation » régional aurait pu être contacté pour participer à ce pré-test permettant d'améliorer la qualité du questionnaire. Toutefois, étant donné le peu d'information retrouvé sur la PAPS Haute–Normandie sur les modes d'exercice, et l'absence des coordonnées du référent installation sur le site, nous n'avons pas jugé utile de se mettre en relation avec lui.

Certaines questions étaient ouvertes, mais attendaient des réponses objectives (par exemple : l'âge, profession du conjoint, semestre, nombre de demi-journées de remplacement). La variable décrivant le nombre de semestres validés représentait un biais de classement, car les internes éprouvent parfois des difficultés à répondre en nombre de semestres « validés » et répondent alors en incluant le semestre en cours. Les questions semi - ouvertes avaient pour but de ne pas omettre un aspect qui nous aurait échappé dans l'analyse bibliographique antérieure et de tenter d'établir la meilleure photographie possible de l'avis de cette population à cet instant. Pour exemple, nous pouvons citer les questions semi - ouvertes suivantes : « dans quel(s) mode(s) d'exercice(s) et leur spécificité souhaiteriez-vous avoir une formation plus approfondie ? » ou « vers quelle activité vous orientez-vous pour votre carrière professionnelle au long cours ? ». Plusieurs propositions étaient proposées, mais une case avec un texte libre avait été laissée disponible pour les internes.

2.3. Thèmes abordés

Nous avons librement choisi de commencer notre questionnaire non pas comme usuellement, par les données permettant de caractériser notre population mais par les deux parties les plus importantes pour l'étude : l'évaluation des connaissances et les attentes de formation. Ce choix permettant d'éviter la lassitude des interrogés ; ceux-ci risqueraient de répondre rapidement aux questions les plus importantes, si elles avaient été positionnées en fin de questionnaire, la partie évaluation des connaissances nécessitant beaucoup de concentration.

Nous avons élaboré nos questions suite à une analyse la littérature et du séminaire organisé par la faculté sur l'installation et l'exercice professionnel. Nous n'avons pas pu évaluer tous les thèmes souhaités, car le questionnaire aurait été trop long (fiscalité, comptabilité, etc..). Nous avons volontairement abordé des thèmes peu développés au cours du séminaire, mais qui nous paraissaient importants à connaitre sur l'installation en exercice libéral. Ceci peut expliquer la prédominance de certains thèmes comme les structures juridiques permettant l'exercice de groupe.

2.4. Passation du questionnaire

La passation du questionnaire a été réalisée par courriel.

Il existe un biais de recrutement dans notre étude par peur des virus et difficulté d'utilisation de l'informatique. Toutefois, la population concernée étant jeune, nous pouvons considéré ce biais comme anecdotique.

En revanche, un réel biais de diffusion existe. D'une part, notre questionnaire nécessitait d'avoir une connexion internet, non évidente en cette période estivale de congé. Pour limiter l'impact de ce biais, nous avons prolongé le délais de réponse jusqu'au 5 octobre 2014. D'autre part, les adresses mails récupérées lors d'un cours universitaire, étaient manuscrites, certaines n'ont donc pas pu être utilisées car illisibles.

De plus, les internes n'ayant pas tous assistés à ce cours, il existe également un biais de sélection. Nous pouvons penser que notre questionnaire a été envoyé aux internes les plus assidus à la formation universitaire. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les connaissances et l'intérêt pour les modes d'exercices libéraux sont de meilleure qualité chez les répondeurs que chez ceux qui se sont abstenus.

Par ailleurs, afin d'atteindre une plus grande partie de notre population cible, nous avons sollicité le SIREHN afin qu'il diffuse notre questionnaire à sa mailing liste anonymisée. Le taux de participation initial a été augmenté comme espéré. Mais la proportion d'internes syndiqués n'étant pas de 100%, ce moyen de passation représente également un biais de sélection et de diffusion.

Tout ceci a limité la validité externe de notre étude puisque les internes non adhérents au syndicat ou n'ayant pas assisté au cours universitaire, n'ont pas été sollicités. La diffusion difficile du questionnaire à l'ensemble des internes de

médecine générale a été très chronophage et malheureusement responsable du manque de puissance de notre étude. Il a été choisi de ne pas utiliser les adresses mails universitaires car estimées être trop peu consultées par les étudiants. Il nous semble nécessaire que l'université organise une formation sur l'utilisation de sa boite mail universitaire et son lien avec son mobile par exemple. De plus, une mailing liste commune, détenue par le secrétariat du DUMG, permettrait la passation rapide et anonyme des questionnaires, facilitant ainsi les travaux de recherche des étudiants tout en améliorant leur qualité.

3. Analyse des résultats

3.1. Taux de participation

103 internes ont rempli le questionnaire, soit 43% de l'ensemble des internes de médecine générale rouennais. Cette proportion ne permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population visée dans l'étude.

3.2. Description de la population

3.2.1. Caractères sociodémographiques

L'âge moyen des répondants était de 26,9ans, les femmes étaient représentées à 67%, ce qui est en accord avec les données fournies par le DESMG (63,1% de femmes) et les données nationales sur la féminisation de la profession (62,9%).(20)

Dans notre étude, la plupart des internes interrogés n'avaient pas d'enfants à charge. Ils vivaient principalement en couple (71,8%) dont la majorité avait un conjoint exerçant une profession médicale ou paramédicale. Il est possible que cette caractéristique ait influencé les réponses au questionnaire concernant les connaissances sur l'exercice libéral.

3.2.2. Année d'internat

Notre échantillon différait significativement (p=0,004) de la population cible en ce qui concerne la répartition dans les trois promotions d'internat avec une surreprésentation des étudiants de deuxième et troisième années. 55,6% des IMG inscrit en TCEM3 et 53,7% des IMG inscrits en TCEM2 avaient répondu à notre questionnaire contre seulement 26,5% des IMG inscrits en TCEM1. Une des explications pourrait être l'intérêt limité des TCEM1, sortant à peine des ECN, pour

un sujet comme l'installation. Ces répartitions témoignent de l'intérêt croissant des internes pour les modes d'exercice en fonction de leur avancée dans les années d'études. Il est difficile de conclure à une mauvaise réponse des questionnaires de la part des TCEM1, puisque nous ne connaissons pas la proportion d'internes sollicités par année.

Le taux majoritaire de TCEM3 a cependant permis d'augmenter la significativité des résultats de nos tests statistiques qui s'intéressaient à l'impact des formations sur les connaissances toutes deux réservées à cette promotion.

3.2.3. Stages en médecine générale ambulatoire

Depuis 1997, le stage en médecine générale d'au moins 6 semaines est obligatoire pour tous les externes. (21) Les modalités de sa réalisation n'ont été facilitées qu'en 2009 (suite au décret du 18 juin 2009 relatif à la deuxième partie des études médicales, permettant notamment l'indemnisation des maitres de stage). (22) Pourtant les chiffres nationaux les plus récents montrent que seulement 49% des étudiants effectuent ce stage. (23) Notre échantillon n'était pas représentatif des chiffres nationaux, mais s'approchait des chiffres régionaux avec 28% des étudiants interrogés ayant bénéficié de cette formation. En effet à Rouen la proportion est encore plus faible qu'au niveau national. L'explication viendrait du fait que le DUMG rouennais a retardé l'application du décret par manque de nomination de maitres de stage pour encadrer les étudiants. Comme le montre l'étude de l'ANEMF, en février 2010, Rouen faisait partie des quatre facultés françaises n'ayant aucun stage de médecine générale au cours du second cycle. (24) Le point positif est que, chaque année, le nombre de stages en médecine générale lors de l'externat est en augmentation. D'après le DUMG rouennais, ils n'étaient que 20% à en bénéficier en 2012. En 2014, les 126 maitres de stage agréés permettaient à 34% des externes rouennais d'effectuer le stage en ambulatoire. Les proportions attendues pour 2015-2016 seraient de plus de 43% d'externes pouvant profiter de ce stage en médecine générale libérale. Comme l'a montré le sondage réalisé par l'ANEMF (« Quel futur externat pour nos étudiants », décembre 2011), « 80% des étudiants considèrent que la découverte des différents modes d'exercice est indispensable au cours de leurs études ».

La majorité des internes interrogés avait fait (ou était en train de faire) leur stage ambulatoire chez le praticien (72% de l'ensemble de l'échantillon et 96% des internes pouvant l'effectuer). En effet, à Rouen, ce stage est obligatoire pour tous les internes en TCEM2. 57% des internes inscrits en TCEM3 avaient pu bénéficier du SASPAS. Cette proportion était en adéquation avec celle retrouvée dans la thèse de V. Ledru (de 2001 à 2011 à Rouen : « 60% (209/352) des médecins ayant eu la possibilité de réaliser un SASPAS l'ont fait. »). (17) Notre échantillon parait donc représentatif de la population générale à ce sujet.

Par ailleurs, le DUMG est attaché à ce que les étudiants puissent réaliser un deuxième stage en soins primaires ambulatoires en TCEM3 (SASPAS ou 2ème stage chez le praticien, en fonction des disponibilités des terrains de stage et des souhaits de l'interne). Les difficultés rencontrées pour offrir cette possibilité à chaque interne étaient principalement liées au manque de maîtres de stage ambulatoires. Le nombre de postes disponibles en SASPAS augmente de façon lente mais progressive ces dernières années (passant de 20 au semestre d'été 2011 à 25 postes au semestre d'été 2014, d'après les données de l'ARS Haute-Normandie). 85% des médecins formés à Rouen ont eu la chance de bénéficier de deux stages de médecine générale en ambulatoire (dont la majorité a effectué un SASPAS), à partir de la promotion 2001. Cette proportion est presque trois fois supérieure au chiffre national (29% des IMG français avaient eu deux stages en médecine générale ambulatoire en 2011). Comme le souligne V.Ledru, il convient de relativiser ce bon résultat rouennais en rappelant que les promotions avaient de faibles effectifs par rapport aux effectifs théoriques maximaux. Ceci facilitait le recrutement des maitres de stage ambulatoire. (17)

3.2.4. Signature d'un CESP

Le CESP a été créé en 2009 dans le cadre de la loi HPST.(10) En échange d'allocations mensuelles permettant le financement de leurs études, les étudiants en médecine s'engagent à exercer leurs fonctions, dès la fin de l'internat, dans des zones spécifiques déficitaires et à un tarif conventionnel. La durée de leur engagement correspond à la durée de versement de l'allocation avec un minimum de deux ans. Ce dispositif a été assoupli dans le cadre du « Pacte territoire santé » permettant aux jeunes professionnels en exercice de diversifier leur activité.(25) Au

niveau national en 2013, 63% des postes proposés en CESP pour la médecine générale ont été pourvus, une proportion en augmentation par rapport à 2012 (59%). (20) Cette tendance à la hausse se confirme au niveau régional également (d'après les données de l'ARS Haute-Normandie, 50% des postes de CESP offerts avaient été pourvus réellement en 2012, 60% en 2013 et 83% en 2014, ce qui correspondait à 5 postes pourvus sur les 6 offerts).

Les étudiants engagés dans ce dispositif se destinaient à l'exercice libéral et cela influençait probablement leurs connaissances sur l'installation dans ce mode d'exercice. Toutefois, face au faible nombre d'internes de l'étude ayant adhéré à ce contrat (8,7%), nous pouvons supposer que leur influence sur nos résultats était négligeable.

3.2.5. Choix aux ECN

Dans notre étude, 87,4% des internes interrogés avaientt déclaré choisir volontairement la médecine générale lors des ECN. Nos résultats sont concordants avec ceux de la littérature. (14,16)

Les ECN sont des épreuves nationales en fin de DCEM (Deuxième Cycle des Etudes Médicales) qui permettent de choisir son poste d'interne (ville de formation et spécialité), en fonction de son rang de classement. Elles sont obligatoires pour tous les étudiants en médecine depuis 2004, date à laquelle la médecine générale est devenue une spécialité à part entière.

Rouen faisait partie de l'une des quatorze subdivisions dont les postes d'internes en médecine générale n'étaient pas tous pourvus. Au niveau national, en 2004, 67% des postes avaient été pourvus contre seulement 47% à Rouen. En ce qui concerne les promotions correspondant à celles de notre étude (2011 à 2013), Rouen se situait toujours loin sous la moyenne nationale (en 2011 : 82% de postes pourvus en France versus 57,1% à Rouen, en 2012 : 95% en France versus 77% à Rouen). Point positif, les chiffres semblent s'améliorer dans notre région ces deux dernières années (en 2013 : 95% en France versus 98% à Rouen, en 2014 : 88% des postes d'IMG ont été pourvus à Rouen d'après les données de l'ARS Haute-Normandie).(20)

3.2.6. Participation au séminaire intitulé « l'installation et l'exercice professionnel » organisé par le DUMG

Le séminaire « installation et exercice professionnel » se déroule sur une journée à la faculté de médecine de Rouen. Il est réservé aux étudiants en TCEM3 et a lieu moins de deux mois avant qu'ils terminent leur internat (en septembre). En 2014, il s'est organisé sous forme de 4 ateliers en groupes avec une rotation au cours de la journée. Les thèmes suivants ont été traités dans ces groupes : remplacements/collaboration, charges sociales/assurances professionnelles (prévoyance et couverture sociale), fiscalité libérale, découverte des projets de santé libéraux pluridisciplinaires régionaux. Le séminaire s'achevait par une séance plénière au cours de laquelle les internes pouvaient interroger les différents acteurs présents : ARS, CDOM 76, URPS des médecins hauts- normands. Le guichet unique créé en juin 2014 a été présenté à cette occasion.

Seulement 32,5% des TCEM 3 interrogés y avaient participé. Pour mémoire notre population rassemblait 55,6% des IMG inscrits en TCEM 3 au moment de l'étude. Le secrétariat du DUMG n'a malheureusement pas été en mesure de nous fournir la proportion d'internes de dernière année y ayant réellement assisté le 11 septembre 2014.

Ce faible taux de participants peut s'expliquer par plusieurs phénomènes. Notre questionnaire a été envoyé aux internes rouennais fin juin 2014 avec une première relance mi – juillet, soit avant le séminaire et une dernière relance mi-septembre, juste après le séminaire. 91,3% des IMG répondeurs avaient renvoyé leur questionnaire avant la date du séminaire. Parmi les TCEM 3 de notre étude déclarant avoir réalisé le séminaire (n=13), 8 (61,5%) avaient répondu à notre questionnaire avant le 11 Septembre 2014 et 5 (38,5%) avaient répondu après cette date. Nous pouvons donc supposer que 61,5% des participants au séminaire l'avaient réalisé en septembre 2013, alors qu'ils étaient en TCEM 2 ou bien déjà en TCEM 3 et 38,5% l'avaient réalisé en septembre 2014. Nous pouvons imaginer que ces données aient eu une influence sur les connaissances des internes : ceux ayant assisté au séminaire il y a 1 an pourraient moins bien se rappeler des informations délivrées que ceux y ayant participé quelques jours avant de répondre à notre questionnaire.

Le choix de diffuser notre questionnaire avant et après le séminaire permettait de créer 2 groupes (présents et absents) afin de réaliser notre étude statistique sur

l'impact de ce dernier sur les connaissances. Cependant nous ne pensions pas qu'autant d'étudiants participeraient à ce séminaire en TCEM2, ce qui laisse supposer que l'intérêt des IMG pour l'installation et l'exercice professionnel est présent avant la dernière année.

3.2.7. Participation à des formations sur les différents modes d'exercice non organisées par la faculté

26,2% des étudiants ont participé à ce type de formations. Ils ont probablement influencé positivement nos résultats de la partie « connaissances sur l'exercice libéral ». Cela représente donc un biais dans l'interprétation de nos résultats sur l'évaluation de l'influence de la formation « théorique » à la faculté de Rouen concernant les connaissances des IMG relatives à l'installation libérale.

Nous pouvons de plus remarquer que plus les étudiants avançaient dans leur cursus et plus ils semblaient participer à des formations extra-universitaires. (Respectivement, par année croissante 18,5%, 22,2% et 35%). La volonté d'autoformation sur les modes d'exercice semblait exister dès la première année internat de médecine générale.

3.2.8. Participation à l'après-midi de formation sur le remplacement organisé par le syndicat REGJIHN

La quasi totalité des IMG ayant assisté à cette formation sur le remplacement était en TCEM3 (26/27).

Cette formation était organisée par le syndicat REGJIHN en collaboration avec l'ISNAR – IMG. Elle délivrait des renseignements sur les formalités administratives ainsi que des informations pratiques importantes pour remplacer en libéral. Elle était ouverte à tous les internes et avait lieu dans les locaux de la faculté.

Nous avons été étonnés de constater que les internes de TCEM 2 interrogés n'avaient pas participé à cette formation alors qu'ils ont la possibilité de remplacer dès le troisième semestre validé (à condition d'avoir validé son stage chez le praticien en troisième semestre).

3.2.9. Les remplacements

Un tiers des IMG interrogés avait déjà remplacé en médecine libérale. Ils représentaient un biais dans l'interprétation de nos résultats puisqu' ils avaient alors sûrement acquis des connaissances pratiques sur l'installation en exercice libéral.
Notre question sur le nombre de demi-journées de remplacements présentait probablement un biais de compréhension avec une confusion dans les réponses entre « demi-journées » et « journées ». Nos résultats n'ont donc pas été analysé dans les détails et nous avons choisi de diviser les internes en deux groupes : ceux ayant déjà remplacé (au moins une demi-journée) et ceux n'ayant jamais remplacé.

3.2.10. Le projet professionnel

Contrairement aux idées reçues et malgré la féminisation de la profession,(26), l'exercice salarié avec 6,8% était largement minoritaire dans les projets professionnels des futurs médecins interrogés.

Leur projet professionnel au long cours était pour :

- 49,5% une activité libérale exclusive.
- 23,3% un exercice mixte.
- 20,4% une indécision sur le choix de leur activité professionnelle à long terme.

Nos données étaient en accord avec celles retrouvées dans les précédents travaux. (5,14,16,21,22)

Seulement 14,6% des IMG sondés souhaitaient s'installer dès la fin de l'internat et la validation de la thèse. En effet, la grande majorité (60,2%) des internes préférait effectuer des remplacements avant d'envisager une installation. Ce résultat était en accord avec les données nationales parues en 2014 dans l'atlas de la démographie médicale en France publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.(2) Il convient de souligner que le manque de connaissance en gestion n'est pas seul responsable de ce décalage d'âge entre la fin du DESMG (28ans) et l'installation (34,2ans).(2) L'évolution du profil social du médecin l'explique en grande partie : féminisation de la profession, arrivée du premier enfant (les diplômées du supérieur ont leur premier enfant à 29,7ans en moyenne,(29)), les jeunes médecins

souhaitent garder leur mobilité notamment pour suivre leur conjoint, et ont moins d'attentes financières que les générations précédentes, le médecin n'étant plus seul à assurer les revenus de la famille(30) Ainsi 41,9% des jeunes praticiens choisissent le statut de remplaçant lors de leur première inscription à l'Ordre.(2) Ce statut permet de découvrir, en situation concrète, différents modes d'exercice (seul, en pôles de santé, en MSP, en cabinet de groupe de plus petite taille) en évitant la complexité d'une partie de la gestion libérale (notamment les associations au sein des structures juridiques encadrant l'exercice de groupe, la gestion des charges en matériel et en personnel, etc..). Comme le soulignait A. Husson dans sa thèse « pour 63% des répondants, le remplacement est une période de réflexion et d'observation avant une éventuelle installation en l'absence des contraintes administratives liés à la gestion du cabinet » (c'était le principal motif de satisfaction de l'activité de remplacement (70,2%)). (31)

La Haute-Normandie est la troisième région française présentant la plus faible densité de généralistes par habitants.(2) Face à la baisse de la démographie médicale dans ce contexte de vieillissement de la population et d'émergence des pathologies chroniques, les médecins développent l'exercice pluriprofessionnel afin de répondre aux besoins des populations tout en tenant compte de l'évolution des attentes et des priorités des jeunes générations.(7) Les projets professionnels des IMG rouennais étaient en harmonie avec les données nationales : 85,6% souhaitaient se regrouper, dont 57,8% plébiscitaient l'exercice pluridisciplinaire. (2,14)

Les avantages de l'exercice en groupe pluridisciplinaire sont nombreux d'après les différentes enquêtes réalisées auprès des médecins généralistes. (28) Nous pouvons citer par exemple :

- L'amélioration de la qualité de vie par une meilleure organisation du temps de travail permettant d'alléger les horaires. Ce temps est ensuite mis à profit pour exercer une activité salariée ou hospitalière, participer à des formations, profiter de sa vie personnelle
- L'embauche plus facile d'une secrétaire avec partage des frais permettant de dégager du temps pour mieux assumer les tâches proprement médicales
- La mise en commun des moyens permet une gestion plus économique

- Le partage des connaissances et des expériences
- La continuité des soins plus facilement gérable
- L'accessibilité des dossiers aux différents médecins permettant une meilleure transmission d'informations et donc des soins de meilleure qualité
- La mise en place de pôles d'attraction pour la patientèle avec de meilleures infrastructures, une pluridisciplinarité, une meilleure disponibilité des praticiens, une complémentarité des disciplines
- L'exercice de groupe facilite l'accès à la profession pour les jeunes et à la retraite pour les plus âgés
- Le travail en commun donne la possibilité de se spécialiser, selon les intérêts, dans certains domaines (gynécologie, psychologie..) ou de soigner plus spécifiquement certains groupes de population (enfants, sportifs, toxicomanes , sujets âgés..)
- La facilitation de la prévention et l'éducation à la santé
- La diminution du « stress » du médecin généraliste lui permet d'être plus à l'écoute de son patient et de pratiquer ainsi une médecine de meilleure qualité

Cependant certains inconvénients sont dénoncés par les praticiens :

- La crainte de diminuer la qualité de suivi en multipliant les intervenants ainsi qu'une disparition de la relation personnelle et donc du lien de confiance entre médecin et patient.
- La crainte de la perte d'indépendance, d'autonomie et de liberté
- Les risques de conflits, mésentente entre les différents professionnels du groupe.

3.3. Connaissances des IMG rouennais sur l'installation en exercice libéral

3.3.1. La couverture sociale

Tous les internes ayant participé au séminaire sur l'installation avaient donné la bonne réponse à notre exemple de mise en situation concrète contre 67% pour l'ensemble de la population de l'étude. L'intérêt de souscrire à un contrat de prévoyance lorsqu'on exerce en libéral était évident pour la majorité des internes (87,4%) qu'ils aient participé ou non au séminaire. Nous pouvons supposer que la formation universitaire sur la couverture sociale a été mémorisée par les internes pour l'exercice libéral. En effet, lors de la journée de séminaire, un atelier était consacré uniquement aux assurances pour les professionnels de santé libéraux (responsabilité civile professionnelle, prévoyance, complémentaire santé, fiscalité de la loi Madelin). En revanche, aucune information n'était délivrée sur l'exercice salarié ou mixte dans cet atelier, ce qui explique le faible taux de bonnes réponses sur cet item (31,1%).

3.3.2. La collaboration libérale

Les internes ayant participé au séminaire connaissaient significativement plus que les autres ce statut (p=0,02) (parmi les TCEM3 : 100% déclaraient connaître ce statut versus 66,7% du groupe non séminaire). En revanche, à la question sur la possibilité de faire des remplacements lorsqu'on est collaborateur, dans le groupe séminaire, la proportion d'étudiants « ne sachant pas » répondre diminuait (passant de 59% à 31%) mais les réponses fausses doublaient (46% versus 22%).

Les internes ayant réalisé le SASPAS avaient tendance à moins connaître le statut de collaborateur que ceux n'ayant pas fait le SASPAS (p=0,054).

Ces résultats étonnants sont à interpréter avec précaution du fait d'un manque de puissance de l'étude et nécessitent d'être confirmés par d'autres études.

Ce statut est en voie de développement, actuellement 75 contrats de collaboration libérale ont été signés en Seine-Maritime d'après les données de Mars 2015 du Conseil de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime.

3.3.3. Les structures juridiques encadrant l'exercice en groupe

Nos résultats montraient une méconnaissance de l'ensemble des internes sur les différentes structures juridiques encadrant l'exercice de groupe (plus de 70% de « ne sait pas » pour chaque question). Néanmoins les étudiants ayant assisté au séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel et ceux ayant bénéficié du SASPAS semblaient mieux connaitre l'existence de ces différentes sociétés.

Le choix de poser plusieurs questions sur ces structures juridiques complexes vient du fait qu'elles sont de plus en plus utilisées. En effet, l'exercice en groupe existe depuis de nombreuses décennies, quelques soient les spécialités. Avec la diminution de l'exercice seul au profit de l'exercice en cabinet de groupe constitué de plusieurs médecins, les généralistes ont dû se familiariser sur le « terrain » avec les structures juridiques encadrant ces « associations ». D'après une enquête récente de l'URPS Haute – Normandie, 86% des médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans exerçaient en cabinet de groupe (dont 21% en MSP) et seulement 13% exerçaient seul. (32)

Les internes déclaraient pour la plupart connaître les SCM et les SCI (respectivement pour le groupe séminaire et SASPAS : 84,6% et 73,9% pour les SCM, 92,3% et 82,6% pour les SCI). Cela s'explique par l'ancienneté et la fréquence des SCM (71% des médecins généralistes exerçant en groupe étaient en SCM d'après la DRESS). (33) Les étudiants en ont probablement entendu parler lors du stage chez le praticien (réalisé par 72% d'entre eux).

La SCI était proposée à chacune de ces questions, même si c'est un statut différent de ceux encadrant l'exercice de groupe, car elle est très utilisée dans le quotidien professionnel et souvent personnel du médecin, lui permettant ainsi de gérer ses biens immobiliers, quel que soit le mode d'exercice pour lequel il a opté (exercice seul ou en groupe). L'objet social de la SCI doit se limiter à l'acquisition et la gestion de biens immobiliers (tels les locaux professionnels par exemple).

Les SCP sont très répandues dans d'autres professions libérales (tels les notaires ou experts comptables) mais également chez certains spécialistes d'organes. En revanche, elles le sont très peu en médecine générale. Nous avons cherché à comprendre la raison. D'après les derniers chiffres trouvés, en 2004 selon la DRESS, parmi les médecins généralistes exerçant en groupe en France,

seulement 5% étaient en SCP, contre 71% en SCM. (33) Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et l'ARS ont été dans l'incapacité de nous fournir des proportions plus récentes de médecins généralistes haut-normands exerçant dans chacune de ces structures juridiques. Comme détaillé dans la correction de notre questionnaire (Annexe 2), ce faible attrait pour les SCP pourrait s'expliquer par les faits suivants : elles ne semblent pas adaptées à l'exercice de groupe pluridisciplinaire puisque les associés doivent être des médecins uniquement. De plus, le partage d'honoraires, dans ces sociétés d'exercice, n'est pas une pratique plébiscitée par les généralistes.

Les SEL sont fréquentes chez les pharmaciens et les biologistes ainsi que chez certains spécialistes d'organes ayant des plateaux techniques lourds avec des besoins en capitaux importants pour leurs investissements. Elles sont ouvertes aux médecins depuis le décret du 3 aout 1994. Elles peuvent être intéressantes dans la perspective de regroupement monodisciplinaire ou de transmission de cabinets médicaux comme détaillé dans la correction de notre questionnaire. De plus, elles permettent de bénéficier du statut social de salarié tout en exerçant en libéral. Elles permettent également de percevoir des dividendes moins taxés fiscalement et socialement que les BNC. Cependant, leur complexité comptable et juridique explique probablement leur faible fréquence chez les médecins généralistes. Le Conseil de l'ordre des Médecins n'a pas été en mesure de nous fournir des pourcentages récents de médecins généralistes exerçant sous cette forme juridique.

Les GIE étant détaillé sur le site de la PAPS Ile de France nous avons décidé de l'introduire en choix possible de nos questions sur les structures juridiques même s'ils sont peu répandus chez les médecins aujourd'hui. Ces groupements permettent la mise en commun des moyens matériels. Certaines SCM de médecins se regroupent actuellement au sein de GIE avec des SCM d'infirmiers ou de kinésithérapeutes par exemple ou entre elles dans le but de créer des pôles de santé.

Nous n'avons volontairement pas proposé les sociétés de faits comme choix possibles aux questions car nous ne voulions pas entrainer de confusion chez les étudiants sur ce sujet déjà complexe. Nous avons préféré nous concentrer sur les groupements avec personnalité morale uniquement. Les sociétés de faits sont des sociétés d'exercice sans personnalité morale ; elles représentent la forme la plus simple d'association. Les associés exercent en leur nom propre. Elles ne permettent

ni de percevoir ni de partager les revenus entre ses associés. Elles ont peu d'inconvénients mais également peu d'avantages d'où leur faible représentation chez les médecins généralistes (11% des généralistes exerçant en groupe). (33)

Notre étude soulignait le manque de maîtrise des points fondamentaux de ces structures juridiques avec une nette confusion des étudiants entre leurs différentes spécificités. Ces éléments ne sont pas enseignés lors du séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel. Sont-ils censés être éclaircis lors des stages ambulatoires ? Nous n'avons pas retrouvé d'influence significative de la réalisation du SASPAS sur les connaissances des IMG sur ce sujet. Toutefois nos résultats sont à interpréter avec précaution au vu du faible taux de participation.

3.3.4. L'exercice en groupe pluridisciplinaire

Alors que l'exercice au sein de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) est en pleine expansion chez les jeunes médecins, ils semblent pourtant peu connaître les bases de son fonctionnement.

53,7% des internes ayant participé au séminaire déclaraient avoir déjà entendu parler des SISA contre seulement 11,6% de l'ensemble de la population de l'étude. Ils ne semblaient pas savoir concrètement dans quelles circonstances elles étaient utilisées (seulement 14,6% des étudiants interrogés savaient que la SISA était la plus adaptée aux MSP).

De plus, 38,5% des internes ayant participé au séminaire ont répondu correctement à la question concernant le statut juridique nécessaire pour percevoir les NMR versus 11,6% de l'ensemble des internes interrogés (p=0,08).

En revanche, les TCEM3 ayant bénéficié du SASPAS avaient tendance à moins bien répondre que ceux ne l'ayant pas fait (p=0,053). Ceci pouvant s'expliquer par un nombre limité de MSP sur le territoire et donc un faible taux d'étudiants ayant pu le découvrir durant leurs stages ambulatoires (l'ARS dénombrait 10 MSP en Haute–Normandie au 31 décembre 2013).

Les SISA, créées en 2012, permettent le développement des NMR. En effet, leurs règles dérogent au Code de la Santé publique, permettant le partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différents. Ces nouvelles formes de sociétés civiles, inspirées des SCM, encouragent ainsi l'exercice regroupé pour les professionnels de santé. Elles constituent une forme juridique intéressante pour la création et la gestion des maisons de santé.(34)

Actuellement, la rémunération des professionnels de santé est constituée quasi exclusivement par le paiement à l'acte. Cette rémunération avait été instaurée à l'après-guerre quand les pathologies aigues étaient les plus fréquentes. La France est actuellement un des seuls pays des membres de l'OCDE à assurer aux médecins ces paiements à l'acte quasiment exclusivement. Les autres pays pratiquent une rémunération mixte pour les professionnels de santé, avec une partie à l'acte et une partie au forfait. Toutefois depuis quelques années, les médecins généralistes voient apparaître des nouveaux modes de rémunérations tels que la rémunération forfaitaire pour la permanence des soins, avec notamment des possibilités de défiscalisation des astreintes et une majoration d'honoraires en permanence des soins ainsi que des forfaits de régulation lorsque la zone concernée par l'exercice contient au moins un territoire désertifié, ce qui est le cas pour la Seine-Maritime et l'Eure. Nous pouvons citer également les forfaits pour les patients en ALD, les forfaits « médecin traitant », les expérimentations des NMR, la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP).

Les jeunes médecins souhaitent en majorité sortir du paiement à l'acte. (14) Le paiement à l'acte ne favorise pas la prise en charge globale du patient ni les soins de premiers recours et pénalise le médecin travaillant en dehors des heures de consultations (visites, tâches administratives..). Mais le paiement au forfait est-il le plus adapté ? Le suivi sera-t-il de qualité puisque les médecins seront assurés de toucher leur forfait ? Leur niveau de rémunération ne va-t-il baisser ?

Face au regroupement des professionnels de santé, le Ministère de la Santé a porté depuis 2008 une expérimentation sur les NMR pour assumer ces nouvelles modalités d'exercice. Ce projet, d'une durée initialement de 5 ans, ne visait pas à supprimer le paiement à l'acte mais à trouver une mixité des formes de rémunérations (à l'acte et au forfait). Ces expérimentations, pilotées par les ARS, s'adressent aux équipes de soins de proximité (maisons, centres, pôles de santé et réseaux de santé). Elle rémunère, sous forme de forfaits, les structures (le plus souvent organisées en SISA) pour assurer certaines activités telles que la coordination, l'éducation thérapeutique, la coopération professionnelle. L'expérimentation de ces NMR s'est achevée en Décembre 2014.

Le « règlement arbitral » lui fait suite. Il s'applique aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité (maisons, pôles et centres de santé) et a été publié au journal officiel le 27 février 2015. Ce texte permettra aux 280 maisons,

pôles et centres de santé qui percevaient les NMR de continuer à bénéficier des forfaits coordination et à ceux qui répondront aux critères de perception à leur tour. Ce nouveau mode de rémunération a trois objectifs : valoriser les services d'accès aux soins, de travail en équipe, et de développement des systèmes d'informations. Ce nouveau barème risque d'être moins favorable que les précédents. Les sites ayant participé aux expérimentations des NMR bénéficieront d'une période transitoire avec un maintien des forfaits en 2015.(35)

Parmi les nouveaux modes de rémunérations, nous pouvons également citer le Paiement à la Performance (P4P) également appelé Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) mise en œuvre en 2012. Il fait suite au Contrat d'Amélioration des Pratiques individuelles (CAPI), mis en place en 2009, qui introduisait, pour la première fois en France une rémunération conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et de pratiques médicales, sur le modèle instauré en Grande-Bretagne en 2004. Le CAPI était un contrat d'une durée de trois ans, établi entre l'assurance maladie et le médecin libéral conventionné, sur la base du volontariat dès lors que le médecin remplissait certains critères d'activités. A la différence du CAPI, la ROSP instaure une rémunération à la performance pour tous les médecins libéraux et son champ d'application s'étend à des objectifs relatifs à la gestion administrative du cabinet médical notamment.

Ces nouveaux modes de rémunérations restent toutefois très minoritaires dans l'ensemble des honoraires des médecins généralistes libéraux. En 2013, 82% de leurs honoraires provenaient du paiement à l'acte, 4% de la ROSP et 7% des rémunérations forfaitaires (permanence des soins, ALD, médecin traitant) d'après les dernières données de la sécurité sociale.

3.3.5. Les aides à l'installation

Aides pratiques à l'installation en cabinet libéral quelque soit la zone d'exercice

Seulement 16,5% des étudiants interrogés connaissaient l'existence du guichet unique de l'installation. Aucun n'a cité le PAPS.

De même en 2012, 62% des internes interrogés dans la thèse de N.Baril ne connaissent aucune structure administrative d'aide à l'installation.(30).

Ces résultats nous paraissaient à la fois surprenants et inquiétants. Alors que près de la moitié des IMG déclaraient vouloir s'installer en libéral et que leurs connaissances sur l'installation paraissaient limitées, il est étonnant de voir la méconnaissance des aides proposées à un moment clé de leur carrière professionnelle. La promotion des PAPS et surtout du GUIPS Hauts-Normands doit se poursuivre au sein de la faculté afin de remédier à ce constat. Nous n'avons pas de recul suffisant pour apprécier l'efficacité de cette structure régionale nouvellement mise en place en Juin 2014.

Aides financières à l'installation en zones déficitaires

Concernant les aides de l'Assurance Maladie, nos résultats étaient très mauvais (1,9% de bonnes réponses) alors que cette information avait été délivrée lors du séminaire. Pourtant A. Jardel avait décrit, en 2013, que 15,8% des internes connaissaient l'existence de ces aides de l'Assurance Maladie. (15) Ces chiffres révèlent que les étudiants étaient peu nombreux à connaître l'existence de ces aides, et qu'ils ne savaient pas concrètement à quel moment ils pouvaient en bénéficier. Selon la Cour des Comptes, l'avenant 20 de la Convention Médicale de 2005 n'aurait entrainé l'apport en zones déficitaires que de 50 médecins depuis 2007 pour un coût estimé à 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010. Ces chiffres pourraient s'expliquer par l'ignorance de cette mesure.(23)

Il existe également des aides aux étudiants en médecine (tels le CESP, aides de déplacement et de logement), des aides financières des collectivités territoriales, des exonérations fiscales et sociales notamment sur certaines sociétés en fonction de leur zone d'implantation (ZAFR, ZRR, ZFU, ZUS) et sous certaines conditions précises.

Les aides financières à l'installation en zones déficitaires évoluent rapidement, sous l'influence des besoins démographiques et des tendances politiques. Leurs critères d'attribution sont souvent restreints, limitant leur caractère incitatif. Il n'est pas facile de dresser un bilan exhaustif à jour de ces mesures. Leur multiplicité et leur caractère parfois redondant entraînent une confusion et une difficulté à évaluer leur impact.

Nous n'avons pas cherché à évaluer plus en détails l'état des connaissances des IMG rouennais vis à vis de ces aides financières à l'installation, car un travail récent sur ce sujet avait été réalisé. (15) Il a dévoilé la faible connaissance des étudiants dans ce domaine. Ces constations avaient été également faites au niveau national : 95% des IMG ignoraient les aides à l'installation proposées dans leur région d'après l'enquête de 2010 de l'ISNAR –IMG. (14)

Lorsque l'on interroge les internes rouennais, 65% déclaraient que de meilleures connaissances sur les aides financières favoriseraient leur installation en zones déficitaires. Des aides « humaines », censées faire la promotion des aides financières, sont en voie de développement avec la création du « référent – installation » suite au Pacte « territoire santé ». Des progrès restent à faire sur ce sujet. (12) Beaucoup d'espoir repose actuellement en Haute–Normandie sur le GUIPS ouvert en Juin 2014. Il convient tout de même de rappeler que beaucoup d'autres facteurs extra-professionnels sont déterminants dans le choix de l'exercice professionnel, comme l'ont déjà montré plusieurs travaux. (14,16) « Les médecins n'ont pas envie de s'installer là où l'Etat se désengage ». (15)

3.3.6. Autocritique des internes sur leurs connaissances

Seulement 10,7% des internes de notre étude pensaient qu'ils seraient capables de gérer un cabinet libéral à la fin de leur cursus. Nous pouvons supposer que ces quelques étudiants jugeaient leurs connaissances suffisantes pour s'installer en libéral. Ils étaient 69% à déclarer l'inverse.

Des résultats similaires ont été retrouvés dans d'autres régions. (79% des IMG nantais faisaient le même constat). (30) Dans sa thèse portant sur « les freins à l'installation rapide des IMG », N. Baril a montré que 94% des IMG nantais interrogés pensaient que leur formation en gestion (administrative, comptable, etc..) était largement insuffisante par rapport à la durée des études. Comme à Rouen, les internes nantais ne bénéficiaient que d'un seul séminaire sur la gestion libérale au cours de leur troisième cycle. Dans son étude, 76,5% des IMG déclaraient que leur formation était insuffisante pour leur permettre de s'installer. Ils notaient que « le temps consacré à ces formations est trop court par rapport aux problèmes auxquels ils sont confrontés ». (30)

Quelle est l'influence de notre formation théorique et pratique sur cette appréhension de la gestion du cabinet ?

Les TCEM 3 ayant assisté au séminaire avaient tendance à moins appréhender la gestion libérale mais ils étaient malgré tout 53,8% à déclarer qu'elle était un frein à leur installation. D'autres travaux ont montré qu'il ne s'agissait pas là d'une spécificité régionale mais d'une vraie problématique nationale. (12,24) Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une formation plus approfondie théorique sur la gestion de l'entreprise libérale serait une des clés d'une installation plus rapide des jeunes médecins.

A l'inverse la réalisation du SASPAS semblait avoir un effet anxiogène : 71,4% des étudiants ayant réalisé ce stage déclaraient que la gestion du cabinet libéral serait un frein à leur installation versus 62,5% de ceux n'ayant pas réalisé le stage. Ces résultats sont à relativiser puisqu'ils ne sont pas statistiquement significatifs. Et cette tendance était infirmée dans l'enquête nationale de l' ISNAR – IMG où les internes semblaient plus enclins à exercer en libéral après la réalisation du stage chez un médecin généraliste. (14)

Pour tenter d'améliorer les choses, notre deuxième partie s'est intéressée aux attentes de formation sur l'installation libérale des internes Rouennais.

3.4. Attentes de formation des IMG rouennais sur l'installation en libéral

3.4.1. Satisfaction des IMG rouennais sur la formation à l'exercice libéral

Lorsqu'on s'intéresse à la formation théorique des TCEM3, la satisfaction sur l'enseignement délivré par le DUMG sur l'exercice libéral des internes ayant assisté au séminaire était meilleure. Une différence statistiquement significative de « satisfaction insuffisante » existait dans ce groupe par rapport au groupe n'ayant pas assisté au séminaire (8% vs 44% ; p=0,03).

Toutefois il n'y avait pas de différence significative pour les qualificatifs « bon » et « suffisant », restant malheureusement bas (8% dans le groupe séminaire versus 11% dans le groupe non séminaire). La formation théorique délivrée au sein du DUMG rouennais semble être appréciée des étudiants avec toutefois des efforts à faire dans ce domaine.

En revanche lorsqu'on s'intéressait à la formation pratique délivrée par les maitres de stage ambulatoire (stages chez le praticien ou SASPAS) sur les différents modes d'exercice, 33% des internes interrogés la jugeaient « bonne » ou « suffisante ». Cet enseignement en situation concrète semblait plus apprécié et bénéfique pour les étudiants. En effet, comme l'ont déclaré les étudiants interrogés à Nantes par N.Baril « leurs connaissances en gestion libérale, si faibles qu'elles soient, ont été obtenues grâce à leurs stages ambulatoires».(30)

Les IMG plébiscitent les stages ambulatoires. Ils étaient 45,9% à souhaiter voir leur nombre porté à trois au cours du DESMG d'après l'enquête nationale de l'ISNAR – IMG réalisée en 2014. (36)

3.4.2. Une formation plus approfondie pour une installation plus rapide ?

82,5% des étudiants pensent qu'une formation plus approfondie sur les modes d'exercice les inciterait à s'installer plus rapidement.

D'autres travaux retrouvaient des résultats similaires : au niveau régional à Nantes, 38% des internes classaient en deuxième position le critère « formation en gestion du cabinet médical » comme élément les incitant à s'installer plus rapidement (juste derrière le critère « vie de famille »). (30) De même à Angers, 82% des internes estimaient qu'une formation plus approfondie sur l'activité libérale pourrait favoriser leur installation en ambulatoire. (27) Au niveau national, l'ISNAR-IMG en 2013 a recensé 58,1% des internes qui souhaitaient avoir une formation plus complète sur l'exercice libéral. 70% des IMG interrogés déclaraient avoir moins d'une journée de formation, voire aucune formation aux items consacrés à la gestion de l'entreprise libérale. (36) Nous pouvons aisément imaginer qu'une formation plus approfondie sur ce sujet serait bien accueillie par les internes.

Dans notre étude, la participation au séminaire et au SASPAS ne paraissait pas influencer ce pourcentage. Comme le soulignait J. Spiess dans sa thèse, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les différents modes d'exercice ne sont que très peu détaillés au cours du DESMG. (13) Cependant, la grande enquête sur les souhaits d'exercice des internes montrait que le nombre d'internes ayant un projet d'installation augmentait significativement une fois le SASPAS réalisé. En

effet, parmi les IMG n'ayant pas effectué de stage ambulatoire, seuls 16,3% avaient un projet d'installation. Ce taux augmentait significativement après la validation du stage de niveau 1 (stage chez le praticien), passant de 16,3 à 26,2% et après la validation du stage de niveau 2 (SASPAS ou 2ème stage chez le praticien), passant de 26,2 à 28,6%. (36)

Que pourrait être alors une formation plus approfondie ? D'une part, l'amélioration de la formation pratique par l'obligation de réaliser un SASPAS. D'autre part, augmenter la qualité et la durée de l'enseignement théorique sur la gestion libérale.

3.4.3. Un internat en 4 ans ?

Près de la moitié des internes de notre étude (49,5%) pensaient qu'une quatrième année professionnalisante, facultative, serait utile pour ceux qui souhaitent exercer en médecine libérale. Elle pourrait ainsi permettre d'acquérir les compétences nécessaires en gestion du cabinet.

Nos résultats étaient comparables à ceux des enquêtes nationales réalisées par l'ISNAR – IMG en 2008 et en 2013 où respectivement 48% des 923 répondeurs et 44% des 1508 internes répondeurs étaient favorables à une maquette du DES en 4 ans. Le profil des internes favorables à cet allongement du DESMG était « ceux souhaitant faire un DESC », « ceux qui voudraient réaliser un ou deux stages hospitaliers durant cette quatrième année » et « ceux qui préféreraient exercer à l'hôpital ». Ces résultats sont d'interprétation limitée, puisque l'objectif de cette quatrième année diffère de celui de notre étude voulant favoriser l'installation libérale et non pas hospitalière.

Le travail de réforme des études médicales s'est engagé depuis 2009 à des fins d'uniformisation européenne du cursus selon le schéma Licence-Master-Doctorat (LMD).(37) En janvier 2013, un groupe de travail a été créé par Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et Geneviève Fioraso, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche pour réformer le Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM), et notamment réaliser une maquette en 4 ans. Afin de respecter la volonté des internes majoritairement contre cette réforme (66%), le Conseil d'Administration de l'ISNAR – IMG s'est prononcé en Octobre 2014

défavorable à l'allongement d'un an du DESMG proposé dans cette réforme. (36). Actuellement la durée des DES des différentes spécialités n'est pas encore arrêtée.

3.4.4. Les domaines de formation attendus par les étudiants en fonction de leur année d'internat

La majorité des internes (89,3% des interrogés) souhaiterait une formation complémentaire, dispensée par la faculté, sur l'outil « c@rtosanté », indispensable dans l'élaboration d'un projet d'installation. Ces résultats sont à interpréter avec mesure, puisque nous avons omis de définir l'outil « c@rtosanté » dans le questionnaire. Seuls 8,6% des sujets le connaissaient dans l'étude réalisée en 2013 à Rouen par A. Jardel. (15)

Cet outil cartographique permet aux futurs installés d'accéder à des données détaillées sur l'offre et la consommation de soins par région, département, mais également par canton et commune. C@rtosanté est accessible en ligne via le site de l'ARS. C@rtosanté Pro est disponible auprès de la CPAM du lieu d'installation. Ce dernier fournit des informations plus complètes sur la population (tranches d'âges, catégories socio-professionnelles..), sur la démographie des professionnels de santé (nombre et densité de médecins généralistes, âges, activité moyenne, distance des autres professionnels de santé et des services hospitaliers) ainsi que sur la consommation de soins (consommation moyenne de consultations et visites, nombre de bénéficiaires d'autres soins (spécialistes, auxiliaires médicaux, médicaments)), nombre de personnes prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée).

D'un point de vue général, les IMG interrogés souhaitaient pour plus de la moitié d'entre eux, une formation plus approfondie, par ordre de fréquence décroissante, sur les sujets suivants :

- Les formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice
- Le statut de remplaçant
- L'exercice libéral de groupe pluridisciplinaire
- La couverture sociale en fonction de son mode d'exercice

- Les structures juridiques encadrant les différents modes d'exercice libéraux
- Les aides financières à l'installation
- L'exercice libéral en cabinet de groupe monodisciplinaire
- Le changement de mode d'exercice au cours de sa carrière professionnelle
- Le statut de collaborateur libéral
- L'exercice libéral seul

Les étudiants avaient la possibilité de proposer d'autres items pour lesquels ils souhaitaient une formation supplémentaire. Aucun d'entre eux n'a émis de proposition.

Les internes semblaient intéressés d'avantage par les formations concernant leur projet professionnel comme nous l'attendions. Ainsi le seul item intéressant moins de la moitié des internes interrogés, quelque soit leur avancée dans le cursus universitaire, était l'exercice salarié. Cet exercice était souhaité par seulement 6,8% des sondés. Nous avons été surpris qu'une formation sur l'exercice seul soit tout de même demandée par une partie non négligeable des étudiants (de 62 à 35% des étudiants avec une décroissance en fonction de l'ancienneté) alors qu' aucun interne de l'étude ne s'orientait vers ce mode d'exercice.

Lorsqu'on s'intéressait aux réponses en fonction des années d'internat, trois items restaient plébiscités par une large majorité d'internes (de 60 à 90% selon les promotions) :

- Les formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice
- Le statut de remplaçant
- L'exercice libéral de groupe pluridisciplinaire

Ces résultats se justifiaient par les souhaits d'orientation professionnelle des IMG. 60,2% des IMG comptaient effectuer des remplacements avant de s'installer et parmi les internes s'orientant vers une activité libérale, 85,6% se destinaient à l'exercice de groupe.

En dehors de cette triade faisant l'unanimité, quelque soit la promotion, les attentes de formation différaient pour les autres items en fonction de l'année d'étude :

Ainsi les TCEM 1 souhaitaient des formations plus approfondies sur l'exercice seul et les aides financières à l'installation.

Les TCEM 2 demandaient un enseignement complémentaire sur les structures juridiques encadrant les différents modes d'exercice libéraux et sur la couverture sociale.

Les TCEM 3 ayant participé au séminaire sur l'installation et l'exercice professionnel, désiraient une formation plus approfondie sur les structures juridiques encadrant l'exercice de groupe qui se plaçaient alors en première position, au même titre que les formalités administratives lors de l'installation, avec 81,2% des internes souhaitant en savoir plus sur chacun de ces items. Ces résultats confirment notre ressenti, en sortant du séminaire, de la nécessité d'approfondir certains sujets. Les attentes de formation des TCEM 3 ayant bénéficié du SASPAS ne différaient pas de celles souhaitées par l'ensemble des étudiants interrogés.

Ces attentes de formations étaient retrouvées dans d'autres travaux régionaux. Nous pouvons citer par exemple les IMG Nantais qui souhaitaient « plus de temps pour la formation théorique avec des modules spécifiques de comptabilité, de gestion du personnel, et de conseils sur la création d'association avec des confrères ».(30). A Angers en 2012, 91% des IMG interrogés par J. Septier - Guelff souhaitaient un enseignement complémentaire sur les démarches à effectuer en début d'activité libérale et sur les aides à l'installation.(27).

Nous pouvons souligner que le DUMG rouennais est dans une dynamique d'amélioration de sa formation sur l'installation. Depuis la rentrée universitaire 2014-2015, un nouveau séminaire est proposé aux étudiants de TCEM 2 intitulé « projet professionnel ». Divers intervenants étaient répartis par ateliers : une jeune installée, un représentant du syndicat des remplaçants haut–normands (REJGIHN), un représentant du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. L'après-midi de formation était organisée autour d'ateliers d'une quinzaine d'étudiants, ce qui permettait de créer une interactivité entre les internes et les intervenants.

CONCLUSION

69% des internes rouennais pensent ne pas savoir gérer un cabinet libéral à la fin de leur internat. Notre étude confirme ce ressenti vis-à-vis du manque de connaissances concernant l'installation en libéral. Par l'intermédiaire d'un questionnaire nous avons testé quelques points précis nous paraissant essentiels à maîtriser et reflétant les connaissances globales sur le sujet. Les thèmes abordés étaient la couverture sociale, les structures juridiques encadrant l'exercice de groupe, la collaboration libérale, l'exercice pluridisciplinaire et les aides à l'installation.

Le domaine de compétence médical théorique demandé à un médecin généraliste est très vaste. La maquette du DESMG est de 3 ans. Cela laisse peu de temps pour aborder des thèmes plus pratiques mais non moins importants comme l'installation en médecine libérale. A Rouen, cette formation dédiée aux TCEM3 s'organise en deux parties : l'une pratique, avec le SASPAS et l'autre théorique, avec le séminaire intitulé « installation et exercice professionnel ». Peu de résultats sont significatifs si l'on s'intéresse à l'influence de la participation ou non à ces formations pratiques ou théoriques sur les connaissances réelles des internes. Cependant quelques tendances apparaissent. Il semblerait exister, parmi les TCEM3 ayant participé à la formation théorique, une meilleure connaissance de la couverture sociale, de la collaboration libérale et des SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires) encadrant l'exercice pluridisciplinaire. Cela semblait également diminuer l'appréhension de la gestion d'un cabinet libéral à la fin de l'internat.

82,5% des étudiants déclaraient dans notre étude qu'une formation plus approfondie au cours de leur cursus universitaire sur l'installation libérale les aiderait à s'installer plus rapidement. Résultat intéressant dans notre région, la Haute–Normandie étant la troisième région française présentant la plus faible densité de généralistes par habitant. (2) Les pistes proposées par exemple dans ce travail sont une quatrième année facultative pour ceux s'orientant vers l'exercice libéral (49,5% des internes y étaient favorables) ou l'amélioration des cours sur les thèmes comme les formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice, le statut de remplaçant, l'exercice libéral de groupe pluridisciplinaire.

Il semble cependant que le DUMG rouennais soit conscient de cette problématique, car depuis la rentrée 2014-2015, un nouveau séminaire sur le projet professionnel est proposé. Il serait donc intéressant de répéter ce travail dans un ou deux ans afin de vérifier et mesurer l'amélioration des connaissances des internes sur l'installation en libéral. Il ne faut cependant pas tomber dans l'excès inverse et oublier que le rôle de la faculté est de former des professionnels de santé et non pas des chefs d'entreprise. Ce n'est pas à l'Université de palier la complexité des réformes actuelles de santé qui viennent augmenter le travail de gestion du médecin généraliste.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ALD : Affection de Longue Durée

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques individuelles

CARMF : Caisse Autonome de Retraite de Médecins de France

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CDOM 76 : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine – Maritime

CFE : Cotisation Foncière des Entreprises

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DESMG : Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

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

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

GIE : Groupement d'Intérêt Economique

GUIPS : Guichet Unique d'Installation des Professionnels de Santé

HPST (loi) : loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

Igas : Inspection générale des affaires sociales

IMG : Internes de Médecine Générale

ISNAR - IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MEP : Mode d'Exercice Particulier

OCDE : Organisation de Coopération et Développement Economique

PAMC :Prestation d'Assurance Maladie Complémentaire

PAPS : Plateformes d'Appui aux Professionnels de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

REGJIHN : REmplaçants Généralistes et Jeunes Installés de Haute- Normandie

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

RSI : Régime Social des Indépendants

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SCI : Société Civile Immobilière

SCM : Société Civile de Moyens

SCP : Société Civile Professionnelle

SEL : Société d'Exercice Libéral

SIREHN : Syndicat Indépendant Régional Haut – Normand

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

URPS : Union Régional des Professionnels de Santé

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

ZAFR : Zone d'Aide à Finalité Régionale

ZFU : Zone Franche Urbaine

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

ZRU : Zone de Redynamisation Urbaine

ZUS : Zone Urbaine Sensible

BIBLIOGRAPHIE

1. DREES. La démographie des médecins au 1er janvier 2014 . DRESS; 2014. Available from: http://www.data.dress.sante.gouv.fr

2. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2014. 2014.

3. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. La médecine générale: résumé des principaux enseignements. 2007.

4. K.Attal-Toubert. La démographie médicale à l' horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats, DRESS. N°679.

5. Baude N., Flascher A., Bosson J-L. A. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Medecine. 2008,Mars:135–40.

6. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Quest d'économie la santé [Internet]. 2010;n° 157:1–6. Available from: http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

7. Evrard Y., Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J. BF. Baromètre santé médecins généralistes 2009 : Exercice de groupe et pratique de prévention en médecine générale. Barométres santé. Inpes; 2011.

8. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet P, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. Question d'économie de la santé. 2013;189:1–9.

9. Cnge. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009;41.

10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2. 2009. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr

11. Ministère des affaires sociales et de la santé. Dossier de presse 10 Février 2014 : Pacte Territoire Santé. 2014;

12. Plateformes d' Appui aux Professionnels de Santé (PAPS), Référents Installation, Formation Médicale Initiale à l ' installation : Propositions de l ' ISNAR - IMG. 2014.

13. J.SPIESS. Etats des lieux des enseignements des spécificités de la pratique de la médecine générale en libéral dans les différentes facultés de médecine de France métropolitaine. Rouen; 2013.

14. Isnar-img. Enquête nationale sur les souhaits d ' exercice des internes de médecine générale Résultats. 2011;1–30.

15. A.Jardel. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. Thèse de médecine générale, Rouen; 2013.

16. M.Lerouge épouse Guilbert. Le choix de l'exercice professionnel en médecine générale : les souhaits des internes rouennais en 2012. Thèse de médecine générale, Rouen; 2012.

17. V.LEDRU. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999 - 2008). Rouen; 2014.

18. S.PAULA PALMA. Evaluation des enseignements du DES de médecine générale de Rouen - une étude qualitative par focus groupe. Thèse de médecine générale, Rouen; 2011.

19. L.Ricard. Enseignement théorique du DES de médecine générale à Amiens - ressenti des internes. Thèse de médecine générale, Amiens; 2014.

20. M.Bachelet. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2013. Etudes et résultats, DRESS. 2014;N°894.

21. République Française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Available from: http://www.legifrance.gouv.fr

22. Ministère de la Santé et des Sports. Arrêté du 18 juin 2009 relatif à la deuxième partie du cycle des études médicales. 2009;135. Available from: http://www.sante.gouv.fr

23. Cour des Comptes. La Sécurité Sociale. 2011 p. 156–71.

24. ANEMF. Etat des lieux du stage de DCEM en MG : 2010.

25. www.legifrance.gouv.fr. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les étud.

26. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. Document de travail, Séries statistiques. Drees. 2013;n°179.

27. J.Septier-Guelff. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Angers; 2014.

28. Y.Seigneur. L'exercice de la médecine générale en groupe pluridisciplinaire : quels attraits, quelles contraintes ? Rouen; 2013.

29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. INSEE. Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans. Insee Prem [Internet]. N°1419. Available from: http://www.insee.fr

30. N.Baril. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. Thèse de médecine générale, Nantes; 2012.

31. A.Husson. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : éternellement nomade? Paris Diderot-Paris 7; 2012.

32. M.Revillion. Ils se sont installés en Haute - Normandie depuis 5 ans : Comment et pourquoi ? URPS Haute-Normandie. 2014.

33. S.Audric. L'exercice en groupe des médecins libéraux. Etudes et résultats, DREES. 2004;N°314.

34. Groupe pasteur mutualité. Mémento du médecin libéral. 2013.

35. Ministère de la santé. Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. 2015.

36. ISNAR - IMG. Troisième Cycle des Etudes Médicales Propositions de l ' ISNAR -IMG.Octobre 2014.

37. R.Gaillard . Mission sur l ' évolution du statut hospitalo-universitaire. 2011.http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr

ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

Modes d' exercices en Médecine Générale : Connaissances et attentes de formation des IMG de Rouen

Durée du questionnaire : 10 minutes

Bonjour à toutes et à tous,

Dans le cadre de ma thèse, je sollicite les internes de médecine générale des 3 promotions Rouennaises afin de faire le point sur vos connaissances et vos attentes de formation concernant les différents modes d'exercice possibles en médecine générale.

Vos réponses sont très importantes si on veut que certaines choses s'améliorent dans l'enseignement délivré à la faculté sur ce sujet.

A tous les futurs thésards : je suis convaincue de votre esprit de solidarité et vous remercie d'avance des 10 minutes accordées pour me répondre !

Joséphine DAYOT

*Obligatoire

Testez vos connaissances

1. **1.Un médecin libéral (secteur 1)est-il couvert à 100% par le régime général de la sécurité sociale pour le remboursement de ses frais liés à un accident de travail(exemple:accident entre 2 visites à domicile) ou une maladie professionnelle?** *

   Une seule réponse possible.

   - ◯ oui
   - ◯ non
   - ◯ ne sait pas

2. **2.D'après vous, il y a un intérêt à souscrire à un contrat de prévoyance lorsqu' on exerce une activité :** *

   cochez une ou plusieurs cases

   Plusieurs réponses possibles.

   - ☐ libérale
   - ☐ salariée
   - ☐ ne sait pas
   - ☐ aucun intérêt dans tous les cas

3. **3. Avez-vous déjà entendu parler des différentes structures juridiques suivantes encadrant les modes d' exercice ?** *
   si oui , cochez les cases correspondantes
   Plusieurs réponses possibles.

   - [ ] SCM (Société Civile de Moyens)
   - [ ] SEL(Société d' Exercice Libéral)
   - [ ] SCP(Société Civile Professionnelle)
   - [ ] SCI (Société Civile Immobilière)
   - [ ] SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)
   - [ ] GIE (Groupement d'Intérêt Economique)
   - [ ] aucune

4. **4.Dans quelle(s) société(s) les associés doivent être obligatoirement des médecins uniquement ?** *
   cochez la ou les bonnes réponses
   Plusieurs réponses possibles.

   - [ ] SCM(Société Civile de Moyens)
   - [ ] SEL(Société d'Exercice Libéral)
   - [ ] SCP(Société Civile Professionnelle)
   - [ ] SCI(Société Civile Immobilière)
   - [ ] SISA(Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)
   - [ ] GIE(Groupements d'Intérêt Economique)
   - [ ] ne sait pas

5. **5.Dans quelle(s) société(s) les associés sont responsables indéfiniment et solidairement des dettes professionnelles sur leurs biens personnels?** *
   cochez la ou les bonnes réponses
   Plusieurs réponses possibles.

   - [ ] SCM(Société Civile de Moyens)
   - [ ] SEL(Société d'Exercice Libéral)
   - [ ] SCP(Société Civile Professionnelle)
   - [ ] SCI(Société Civile Immobilière)
   - [ ] SISA(Société Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires)
   - [ ] GIE(Groupement d'Intérêt Economique)
   - [ ] ne sait pas

6. **6.Connaissez-vous le statut de collaborateur libéral?** *
   Une seule réponse possible.

   - ( ) oui
   - ( ) non

7. **7.Peut-on exercer à la fois comme collaborateur libéral et effectuer des remplacements chez un autre confrère?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non
- ◯ ne sait pas

8. **8.Quelle(s) société(s) peut(peuvent) percevoir des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)?** *
cochez la ou les bonnes réponses
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ SCM(Société Civile de Moyens)
- ☐ SEL(Société d'Exercice Libéral)
- ☐ SCP(Société Civile Professionnelle)
- ☐ SCI(Société Civile Immobilière)
- ☐ SISA(Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)
- ☐ GIE(Groupement d'Intérêt Economique)
- ☐ ne sait pas

9. **9. Concernant les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, quelle structure juridique d' exercice est la plus adaptée ?** *
1 seule bonne réponse
Une seule réponse possible.

- ◯ SCM(Société Civile de Moyens)
- ◯ SEL(Société d'Exercice Libéral)
- ◯ SCP(Société Civile Professionnelle)
- ◯ SCI(Société Civile Immobilière)
- ◯ SISA(Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)
- ◯ GIE(Groupement d'Intérêt Economique)
- ◯ ne sait pas

10. **10.Quel(s) mode(s) d'exercice peut-on pratiquer dans un Centre de santé ?** *
cochez la ou les bonnes réponses
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ activité libérale exclusive
- ☐ activité salariée exclusive
- ☐ activité mixte (libérale et salariée)
- ☐ ne sait pas

11. **11. Quelle(s) société(s) peut(peuvent) regrouper plusieurs cabinets sur des sites différents ?** *
cochez la ou les bonnes réponses
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] SCM(Société Civile de Moyens)
- [ ] SEL(Société d'Exercice Libéral)
- [ ] SCP(Société Civile Professionnelle)
- [ ] SCI(Société Civile Immobilière)
- [ ] SISA(Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires)
- [ ] GIE(Groupement d'Intérêt Economique)
- [ ] ne sait pas

12. **12. Qu'est-ce qu'un " Pôle de santé "?** *
cochez la ou les bonnes réponses
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] regroupement de professionnels de santé coordonnés autour d' une patientèle mais n' exerçant pas dans la même structure immobilière
- [ ] structure pluriprofessionnelle spécifiquement orientée vers l'exercice salarié
- [ ] regroupement de maisons de santé, centres de santé, établissements de santé et/ou services médico-sociaux
- [ ] ne sait pas

13. **13. Pensez-vous que vous serez capables de gérer un cabinet libéral de médecine générale à la fin de votre internat ?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non
- ( ) sans avis pour l'instant

14. **14. Connaissez - vous l'existence d' un guichet unique de l' installation en Haute-Normandie ?** *
Si Oui , préciser son nom(ou abréviation) dans la case "autre"
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] oui
- [ ] non
- [ ] Autre :

15. **15. Selon vous: la Convention Médicale verse une rémunération forfaitaire aux médecins généralistes installés en zones déficitaires :** *
Cochez la ou les bonnes réponses
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] quelque soit leur mode d'exercice
- [ ] exercice en cabinet seul
- [ ] exercice en cabinet de groupe monodisciplinaire
- [ ] exercice en cabinet de groupe pluridisciplinaire
- [ ] exercice en centres de santé
- [ ] ne sait pas

Vos attentes de formation

16. **1.Que pensez- vous de l'enseignement du DESMG délivré par la Faculté sur les différents modes d'exercices possibles en médecine générale?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) bon (il m'a permis d'être complètement à l' aise pour choisir de façon éclairée mon mode d'exercice futur)
- ( ) suffisant (il m'a apporté les connaissances suffisantes pour faire la distinction entre les différents modes d'exercices possibles)
- ( ) insatisfaisant (il m'a apporté quelques notions mais je n'ai pas assez de connaissances pour m'installé(e) de façon autonome dans mon mode d'exercice futur)
- ( ) insuffisant (il m'a apporté très peu de connaissances pour me permettre de m'orienter sans crainte vers un mode d'exercice)

17. **2.Pensez-vous qu'une formation plus approfondie au cours de votre cursus universitaire sur ce sujet vous inciterait à vous installer plus rapidement ?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) Oui
- ( ) Non

18. **3.Pensez-vous qu'une quatrième année professionnalisante, FACULTATIVE, serait utile pour ceux qui souhaitent exercer en médecine libérale pour acquérir les compétences nécessaires en gestion du cabinet ?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

19. **4.Dans quel(s) mode(s) d' exercice et leur spécificité souhaiteriez-vous avoir une formation plus approfondie ?** *

cochez une ou plusieurs cases
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] exercice libéral seul
- [ ] exercice libéral en cabinet de groupe monodisciplinaire
- [ ] exercice libéral en groupe pluridisciplinaire
- [ ] exercice salarié
- [ ] statut de remplaçant
- [ ] statut de collaborateur libéral
- [ ] structures juridiques encadrant les différents modes d'exercice libéraux
- [ ] couverture sociale en fonction de son mode d'exercice
- [ ] formalités administratives lors de l'installation selon son mode d'exercice
- [ ] changement de mode d'exercice au cours de sa carrière professionnelle
- [ ] aides financières à l'installation
- [ ] aucun
- [ ] Autre : .....

20. **5. Si vous avez effectué au moins 1 stage VALIDé en ambulatoire : que pensez-vous de l'enseignement de vos maîtres de stage sur les différents modes d' exercice possibles en médecine générale?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) bon (il m'a permis d'être complètement à l' aise pour choisir de façon éclairée mon mode d'exercice futur)
- ( ) suffisant (il m'a apporté les connaissances suffisantes pour faire la distinction entre les différents modes d'exercices possibles)
- ( ) insatisfaisant (il m'a apporté quelques notions mais je n'ai pas assez de connaissances pour m'installé(e) de façon autonome dans mon mode d'exercice futur)
- ( ) insuffisant (il m'a apporté très peu de connaissances pour me permettre de m'orienter sans crainte vers un mode d'exercice)
- ( ) non concerné(e) par la question

21. **6.Pensez vous qu'une formation sur l'outil "c@rtosanté"serait utile avant l'installation?** *

Si oui, sous quelle forme?
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] non
- [ ] oui
- [ ] formation à la faculté
- [ ] mode d'emploi écrit sur le site en lien avec c@rtosanté
- [ ] tutoriel video sur le site en lien avec c@rtosanté

22. **7. Avez-vous assisté à des formations sur les différents modes d' exercices non organisées par votre faculté? si oui, précisez** *
plusieurs réponses possibles
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] oui
- [ ] non
- [ ] FMC
- [ ] Groupe de pairs
- [ ] soirée de syndicat
- [ ] congrès
- [ ] auto-documentation
- [ ] Autre : .....

23. **8. Avez-vous déjà assisté à l'après-midi de formation sur le remplacement organisé par le syndicat REGJHIN?(au cours duquel une licence de remplacement peut vous être délivrée)** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

24. **9. Avez-vous déjà assisté au séminaire "Installation"organisé par le DESMG?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non

Mieux vous connaitre

25. **1. Etes - vous?** *
Une seule réponse possible.

- ( ) une femme
- ( ) un homme

26. **2.Quel est votre âge?** *
en années

.....

27. **3.Quelle est votre situation maritale?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ célibataire
- ◯ en couple union libre
- ◯ marié
- ◯ PACSé

28. **4.Si vous vivez en couple, votre conjoint exerce-t-il ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ non concerné(e) par la question
- ☐ une profession médicale
- ☐ une profession paramédicale
- ☐ chômage
- ☐ Autre : .....

29. **5.Combien d'enfants avez-vous?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ 0
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3 ou plus

30. **6.En quel semestre êtes vous actuellement (de Mai à Novembre 2014) ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ Disponibilité (+précisez le nombre de semestre(s) validé(s) svp)
- ☐ surnombre non validant(+précisez le nombre de semestre(s) validé(s) svp)
- ☐ surnombre validant(+précisez le semestre correspondant équivalent svp)
- ☐ Autre : .....

31. **7.Aviez-vous fait un stage en médecine générale au cours de votre externat?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui stage court (quelques jours)
- ◯ oui stage long (plusieurs semaines)
- ◯ non

32. **8.Avez - vous fait au moins 1 stage chez le praticien ou bien y êtes vous actuellement ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

33. **9.Avez - vous fait au moins 1 stage SASPAS ou bien y êtes vous actuellement ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

34. **10.Avez - vous fait au moins un jour ou une demi-journée de remplacement en médecine générale?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

35. **Si oui à la question précédente : combien avez - vous fait de demi-journées de remplacement en médecine générale?**

.....

36. **11.Etes-vous engagez par un contrat avec un conseil régional ou un CESP (Contrat d'Engagement de Service Publique)** *
Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non

37. **12.Vous avez choisi la spécialité Médecine Générale aux ECN :** *
Une seule réponse possible.

- ◯ volontairement
- ◯ par défaut

Votre projet professionnel après l'internat

38. **1.Vers quelle activité vous orientez-vous pour votre carrière professionnelle au long cours?** *

2 choix maximum, en précisant dans la case "autre" votre choix préférentiel svp.
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] a.activité ambulatoire stricte(installation,remplacement,collaboration,salariat en médecine ambulatoire)
- [ ] b.activité salariée hospitalière stricte
- [ ] c.activité salariée en structure stricte(type PMI,médecine scolaire,Planning familial..)
- [ ] d.activité mixte : ambulatoire + hospitalière
- [ ] e.activité mixte : ambulatoire + en structure
- [ ] ne sait pas
- [ ] Autre :

39. **2.Si vous avez cochez ci-dessus "a/d/ou e" :Dans quel délais comptez-vous vous installer ?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) non concerné(e) par la question
- ( ) dès la fin de l'internat et la validation de la thèse
- ( ) après une ou plusieurs années de remplacement
- ( ) après une ou plusieurs années d' une autre activité que libérale (PMI,Urgentistes..)
- ( ) sans avis pour l' instant

40. **3.Si vous avez cochez à la question 1 ci-dessus "a/d/ou e": vers quel mode d' exercice pensez-vous vous orienter?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) non concerné(e) par la question
- ( ) exercice seul
- ( ) exercice en groupe monodisciplinaire (type collaboration, association)
- ( ) exercice pluridisciplinaire (type Maisons de santé, Pôles de santé)
- ( ) sans avis pour l'instant

41. **4.Souhaitez-vous avoir une activité mixte(libérale et salariée)dans les 5 ans suivants l'obtention de la thèse?** *

Une seule réponse possible.

- ( ) oui
- ( ) non
- ( ) sans avis pour l'instant

42. **5.La gestion du cabinet de médecine libérale représente-t-elle pour vous un frein à l'installation dans ce mode d'exercice?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non
- ◯ sans avis pour l' instant

43. **6.Aurez- vous recours au moment de votre installation à un professionnel pour le choix de votre mode d'exercice (type juriste, expert comptable, fiscaliste, Association de Gestion Aggréée..)** *

Une seule réponse possible.

- ◯ oui
- ◯ non
- ◯ sans avis pour l' instant

44. **7.De meilleures connaissances sur les aides financières favoriseraient-elles votre installation en zones déficitaires Haut-Normandes?** *

Une seule réponse possible.

- ◯ oui entièrement
- ◯ oui partiellement
- ◯ non
- ◯ sans avis pour l'instant

Arrêtez de remplir ce formulaire.

Merci à tous pour votre participation

Fourni par
Google Forms

ANNEXE 2 : Correction du questionnaire

Partie « Testez vos connaissances »

Envoyée en Mars 2015 à l'ensemble des IMG rouennais interrogés pour l'étude

Bonjour à toutes et à tous,

Dans le cadre de ma thèse portant sur les connaissances et les attentes de formation des IMG rouennais concernant l'installation en libéral, je vous avais envoyé un questionnaire entre juin et octobre 2014. Je tiens à remercier les 103 internes m'ayant répondu.

Comme promis, la thèse s'achevant, je vous envoie la correction de mon questionnaire, agrémentée de quelques précisions. Les informations données proviennent de plusieurs sources : le séminaire organisé par le DUMG intitulé « installation et exercice professionnel », « l 'après-midi du remplaçant » organisé par le syndicat REJGIHN, des soirées de FMC organisées par l'ISNAR-IMG, divers sites internet de référence, (www.legifrance.gouv.fr , www.sante.gouv.fr, www.ameli.fr, www.guips.org, www.regjihn.com, www.conseil76.ordre.medecin.fr, www.iledefrance.paps.sante.fr, www.ffmps.fr, http://www.apce.com, http://l-expert-comptable.com, etc..), divers autres ouvrages (Mémento du médecin libéral, groupe pasteur mutualité, édition 2013, etc.) . La partie sur les structures juridiques a été entièrement vérifiée par un expert comptable spécialisé en la matière. Celle portant sur la couverture sociale a été validée par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime.

Ce document n'a pas la prétention d'être exhaustif mais si cela peut vous apporter une aide quelconque, ça me satisfait amplement.

Bonne lecture,
Joséphine DAYOT

A. La couverture sociale

1. Un médecin libéral (secteur 1) est-il couvert à 100% par le régime général de la Sécurité Sociale pour le remboursement de ses frais liés à un accident de travail (exemple: accident entre 2 visites à domicile) ou une maladie professionnelle?

La réponse est non.

2. D'après vous, il y a un intérêt à souscrire à un contrat de prévoyance lorsqu'on exerce une activité :

Libérale : la réponse est oui

Salariée : la réponse est oui

En ce qui concerne l'exercice libéral conventionné en secteur 1 :

Dès que le praticien a adhéré à la Convention Nationale des Médecins, il bénéficie du Régime Général de la Sécurité Sociale pour l'assurance maladie et les indemnités maternité, intitulé Le Régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC). Il doit s'affilier à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de son lieu d'exercice.

Le PAMC comprend :

- Le remboursement de vos soins (et ceux de vos ayants droit), ce sont les prestations en nature (prise en charge des dépenses de santé).
- Le versement d'indemnités au titre de la maternité seulement, ce sont des prestations en espèces (comprenant des indemnités journalières de 50,72€/ jour pendant 4 à 6 mois en fonction du nombre d'enfants et une allocation forfaitaire de repos maternel versées pour compenser la perte des revenus libéraux de 3086€ environ en 2013)
- Le versement de prestations en cas de décès

Il ne comprend pas :

- Le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie. Le risque maladie est couvert par le régime de prévoyance (et non d'assurance maladie) de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France), appelé alors « incapacité temporaire d'exercer ». Ce régime prévoit le versement d'indemnités journalières (IJ) à partir du 91ème jour d'arrêt de travail, soit trois mois de carence. Pour ouvrir des droits aux IJ, le médecin doit déclarer sa cessation d'activité dès le premier jour d'arrêt à la CARMF.

Il est important de comprendre que la CARMF est le régime de Prévoyance et de Retraite obligatoire pour les médecins libéraux, à condition d'avoir soutenu sa thèse, sinon aucune affiliation n'est possible et donc aucune prestation versée.

- La protection relative aux Accidents du Travail et aux Maladies Professionnelles.

A savoir en fonction de la durée de l'arrêt maladie (au moins trois mois), vous pouvez bénéficier d'exonération de certaines cotisations CARMF au titre de la maladie.

La souscription à un contrat privé de prévoyance n'est pas obligatoire mais est vivement conseillée dans tous les cas :

- Quand on est thésé (donc affilié à la CARMF) : pour pallier aux trois mois de carence de la CARMF
- Quand on est non thésé, mais effectuant des remplacements en libéral : pour obtenir le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour maladie et une couverture sociale en cas d'Accidents de travail ou de Maladies Professionnelles.
- il convient de se renseigner sur l'existence ou non d'un délai d'attente de versements des prestations sociales (souvent les trois premiers mois suivant l' adhésion au contrat).

Le Pacte Santé Territoire promulgué par la Ministre Marisol Touraine a instauré le statut de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) qui présente un intérêt en terme de prévoyance, puisqu'il réduit le délai de carence de la CARMF à 8 jours au lieu de trois mois, rendant inutile la souscription à une prévoyance privée lorsqu'on est thésé. Ce contrat de PTMG ne concerne toutefois que les médecins intéressés par une installation en zones sous – dotées.

En ce qui concerne l'exercice libéral conventionné en secteur 2 et médecin non conventionné :

Les cotisations sociales sont entièrement à la charge du médecin avec le choix, pour le médecin en secteur 2, entre deux types de couverture :

- Soit, il opte pour les avantages sociaux du régime d'Assurance Maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (ou régime des PAMC) : les montants des cotisations sont alors plus élevés mais les prestations sociales sont meilleures.
- Soit, il choisi la couverture par le Régime Social des travailleurs Indépendants (RSI). La couverture sociale est moins bonne. Les cotisations sociales sont en partie financées par l'Assurance Maladie sur la part des honoraires réalisés au tarif opposable (sans dépassement).

En revanche, les médecins non conventionnés n'ont pas le choix, ils doivent s'affilier au régime d'Assurance Maladie des professions libérales, le RSI.

En ce qui concerne l'exercice salarié :

La protection sociale (risques maladie, invalidité, décès + régime de retraite) des médecins hospitaliers est la résultante du régime général de la sécurité sociale et de la protection statutaire hospitalière. Toutefois, les montants ainsi que les délais d'indemnisation varient selon les statuts existant au sein de l'hôpital. L'indemnisation ne couvre que partiellement la perte de revenus induite par l'arrêt de travail involontaire. En effet, la perte de revenus est directement proportionnelle à la précarité du statut et à l'importance des gardes dans la rémunération. Le choix d'une assurance prévoyance complémentaire est donc important pour le salarié.

En ce qui concerne l'exercice mixte :

Les indemnités journalières versées par la CARMF au titre de l'activité libérale sont cumulables avec celles versées par le Régime Général de la Sécurité Sociale.

B. *Les structures juridiques encadrant l'exercice de groupe*

3. Avez-vous déjà entendu parler des différentes structures juridiques suivantes encadrant les modes d'exercice ?

L'exercice professionnel libéral en groupe est possible grâce aux structures juridiques qui permettent de rassembler ses membres et définir des règles communes pour assurer le bon fonctionnement du groupe. Ces structures juridiques sont multiples et complexes. Elles peuvent être mises en place en parallèle en fonction des besoins des associés. Le Conseil de l'Ordre, les avocats fiscalistes, notaires ou experts comptables sont de très bons conseils pour leurs subtilités. Toutefois, il est essentiel de connaître leurs grandes lignes afin de rester acteur de son exercice professionnel et de ne pas se retrouver associé d'une société sans connaître ses droits et devoirs légaux.

Nous avons présenté les principales entités juridiques pouvant être utilisées pour un groupe médical pluridisciplinaire ou non. Pour se faire, nous avons suivi l'ordre de notre questionnaire afin de souligner leurs points clés et que la lecture soit un peu moins fastidieuse.

Il existe deux grandes formes juridiques de sociétés pour les médecins : les sociétés de moyens et les sociétés d'exercice.

a. les sociétés de moyens

Elles permettent la mise en commun du matériel, des locaux professionnels et du personnel, destinée à faciliter l'exercice professionnel de chacun des associés. Il convient de préciser que « les murs » ne doivent pas intégrer le capital de la société, ils doivent être loué à une SCI (Société Civile Immobilière) par exemple.
Parmi elles se trouvent les SCM (Sociétés Civiles de Moyens) et les GIE (Groupements d'Intérêt Économique).
Ces sociétés présentent l'avantage de pouvoir regrouper des professionnels de santé médicaux et paramédicaux de différentes spécialités, par la mise en commun de moyens. Le partage des frais a lieu selon la répartition choisie par les associés. Ces sociétés ne font pas de bénéfices. Chaque associé a la propriété de sa

patientèle et la perception de ses honoraires. Il n'y a jamais de partage d'honoraires dans une société de moyens. Chaque associé est imposable personnellement.

La SCM est la plus répandue en médecine générale libérale pour l'exercice de groupe mono ou pluridisciplinaire. Elle n'est pas réservée qu'aux professionnels de santé (notaires, experts comptables, etc..). Elle est composée de deux associés minimum. Les associés ne peuvent être que des membres d'une ou plusieurs professions libérales, cependant ils peuvent être des personnes physiques ou des personnes morales (SEL, SCP).

Sur le plan fiscal, elle a l'avantage d'être non soumise à l'impôt sur les sociétés : elle ne doit donc, en principe, pas faire de bénéfices. La trésorerie restante permet de faire des provisions pour les dépenses à venir. La redevance versée par ses membres devant strictement couvrir les frais engagés par la société. Tant que la SCM consacre moins de 10% de ses recettes totales à la mise à disposition de ses moyens en matériel ou personnel à des tiers non-associés (de toute façon à éviter), elle n'est pas imposable au titre de l'impôt sur les sociétés.

La SCM peut bénéficier de l'exonération de la T.V.A. si elle respecte les trois conditions suivantes (article 261B du Code Général des Impôts) : 1) les membres de la SCM doivent être totalement exonérés ou exclus du champs d'application de la TVA/ 2) la SCM ne doit pas réaliser d'opérations accessoires passibles de la taxe(ne pas vendre de matériel médical par exemple, comme le font les pharmaciens)/ 3) les sommes réclamées à ses membres doivent correspondre exactement à la part leur incombant dans les dépenses communes. La SCM risque d'être assujettie à la TVA, si elle consent à un contrat de location pour un local meublé, d'où notamment l'intérêt de louer son local professionnel à une SCI, dont les baux sont obligatoirement en non meublés.

Elle déclare dans le formulaire fiscal BNC 2036 (bénéfices non commerciaux) le détail des dépenses réparties entre chaque associé, l'état des charges à payer et payées d'avance, le compte de résultat fiscal et la répartition de ce résultat. Cette déclaration est réservée aux SCM exonérées de TVA, ce qui est le cas des SCM de médecins (à la différence des SCM de pharmaciens par exemple). Les associés versent à la société leurs contributions aux frais communs pour couvrir ses dépenses. Chaque associé déclare dans la BNC 2035 ses honoraires perçus, ses dépenses personnelles et celles réparties à son nom pour la société.

Le GIE est assez peu répandu en dehors des volontés de regroupement au sein de pôles de santé. Les associés peuvent être des personnes physiques ou des personnes morales. Il permet à plusieurs SCM de se regrouper tout en conservant leur indépendance. Certaines SCM de médecins se regroupent actuellement au sein de GIE avec des SCM d'infirmiers ou de kinésithérapeutes par exemple ou entre elles dans le but de créer des pôles de santé. Toutefois à la différence des SISA il ne permet pas de bénéficier des Nouveaux Modes de Rémunération.

Il n'est pas imposable en lui-même. Chaque membre est imposé pour la partie des bénéfices réalisés par le GIE qui correspond à ses droits, au titre de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés selon les cas. Les associés peuvent avoir une activité libérale ou salariée au sein du groupement.

b. les sociétés d'exercice

Elles permettent la mise en commun des moyens mais aussi de l'exercice professionnel (dossiers médicaux, mise en commun totale ou partielle des honoraires).

Elles se divisent en deux sous-types :

- les sociétés de personnes : parmi elles, on retrouve les sociétés ayant la personnalité juridique d'un groupement de fait (société de fait, convention d'exercice conjoint et société de participation d'exercice libéral) et celles ayant la personnalité juridique d'un groupement de droit (Sociétés Civiles Professionnelles (SCP))
- les sociétés de capitaux représentées par les Sociétés d'Exercice Libéral (SEL)

La société de fait (contrat d'exercice en commun) : elle fait partie des sociétés d'exercice sans personnalité morale contrairement aux SCP et SEL. Elle n'a lieu qu'entre professionnels de la même spécialité. Il peut y avoir un partage des recettes ou non. C'est la forme la plus légère en terme de formalisme. Elle constitue l'association la plus simple.

De part leur personnalité morale ***la SCP et la SEL*** exercent la médecine, elles sont donc soumises à l'obligation de s'inscrire à l'Ordre des Médecins, d'assurer sa

responsabilité civile professionnelle, de s'immatriculer au Registre du Commerce et des Sociétés. Les associés ne cessent pas pour autant d'être membres de la profession, mais sont considérés comme cessant d'exercer à titre individuel. Elles présentent toutes deux des avantages communs : elles ont la possibilité de facturer des actes à l'Assurance Maladie et les redistribuer ensuite entre les associés selon une répartition définie au préalable. Les honoraires sont donc encaissés par la société qui acquitte les dettes et répartit le solde entre les associés (salaires et dividendes).

La SCP est créée en 1977. Le nombre de cabinets secondaires n'est pas limité, contrairement au SEL, les extensions des plateaux techniques sont donc autorisés et facilités.

D'un point de vue fiscal, le bénéfice imposable est déterminé selon les règles applicables aux bénéfices non commerciaux (recettes encaissées et dépenses payées). Ces bénéfices sont imposés chez l'associé à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux de l'associé, sur la quote-part des bénéfices qui lui revient. Il déduit de cette quote-part les frais qu'il a personnellement supportés. L'option pour l'impôt sur les sociétés est possible mais irrévocable. L'intérêt de l'impôt sur les sociétés (IS) est surtout de lisser ses charges sociales. Ainsi, le résultat de la société se répartit de la façon suivante : une rémunération est fixée arbitrairement par les associés, sur laquelle chacun paiera l'impôt sur le revenu (IR) et ses charges sociales. L'autre partie du résultat restant sera soit distribuée, devenant ainsi imposable à l'IR par chacun des associés, soit mise en réserve, afin de faire fonctionner la société, restant alors net d'impôt. La SCP ne règle pas la CFE (Cotisation Foncières des Entreprises, ex Taxe Professionnelle), celle-ci restant personnelle à chacun des praticiens, sauf si la société est soumise à l'Impôt sur les Sociétés.

La SEL est créée en 1991. Elle permet aux médecins de disposer de capitaux et du statut social de salarié. On ne peut être associé que d'une seule SEL.

La SEL présente plusieurs avantages pour les médecins :

- optimiser leur fiscalité personnelle du fait de l'optimisation possible de l'impôt sur les sociétés : Les bénéfices réalisés par la société correspondent à des bénéfices industriels et commerciaux et sont soumis à l'Impôt sur les Sociétés

(plafonné à 33,3%). Ensuite les revenus (salaires) distribués aux associés sont soumis à l'impôt sur le revenu. Au total la charge fiscale est moindre, les bénéfices de la SEL étant imposés une fois la part de rémunération des associés soustraite. Dans une société en nom propre (par exemple la SCM), les revenus sont soumis à l'impôt sur le revenu et donc à un taux pouvant aller jusqu'à 45%. Grâce à sa souplesse, la SEL permet d'optimiser la différence entre le versement des salaires et des dividendes afin de constituer des réserves en vue d'investissements plus importants en matériel et en équipement.

- contrôler leurs charges sociales
- limiter la responsabilité des associés (voir question 5)
- céder leur cabinet avec plus de facilité

Les SEL ont également des inconvénients, parmi lesquels nous pouvons citer :

- comptabilité commerciale complexe avec présence d'un commissaire aux comptes obligatoire (coût important) à la différence de la comptabilité des SCM (par exemple) qui fonctionne en comptabilité simplifiée recettes/ dépenses, et sans TVA pour les médecins.
- cadre juridique contraignant (dépôt des comptes au Tribunal de commerce)
- coût du passage en SEL
- intérêts d'emprunts personnels non déductibles
- l'exercice des associés de la SEL sur des lieux multiples n'est pas possible (sauf dérogation délivrée sous certaines conditions par le Conseil de l'Ordre des médecins).

c. Deux structures juridiques à part : la SISA et la SCI

La SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) est créée en 2012 après appui de la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de santé) et du Ministère (loi Fourcade du 10/08/2011 suivi d'un décret le 23/03/2012). C'est une nouvelle forme de société civile inspirée des SCM mais avec un objet social plus étendu lui permettant, outre de la mise en commun de moyens, la possibilité pour ses associés de mettre en commun leur exercice et partager leurs

honoraires, mais uniquement pour certaines activités précisées par décret en Conseil d'Etat (coordination, éducation thérapeutique, et coopération professionnelle).

La SISA présente plusieurs avantages :

- la perception de subventions par les professionnels versées par l'Etat, les collectivités territoriales et l'assurance maladie
- la possibilité de partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différentes
- le maintien de la possibilité d'un exercice libéral pour les professionnels
- la simplification des règles d'entrée et de sortie des professionnels
- une certaine souplesse dans sa composition

Elle s'adresse exclusivement aux professionnels médicaux (médecin, chirurgien dentiste, sage femme), auxiliaires médicaux (infirmier, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, orthophoniste, diététicienne..), et pharmaciens. (à la différence des SCM qui ne sont pas réservées qu'aux professionnels de santé). Les personnes participant aux activités de la structure mais n'appartenant pas à ces catégories (par exemple : les secrétaires, psychologues, etc.) ne peuvent pas être associées de la SISA. Elles peuvent alors intervenir comme vacataires ou salariées, alors rémunérées par la SISA, tout comme dans une SCM. Elle doit compter parmi ses associés au moins deux médecins et un auxiliaire médical. La SISA ne peut être constituée que de personnes physiques (article L4041-1 du Code de Santé Publique). Toutefois les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens associés d'une SCM, d'une SCP ou d'une SEL peuvent également être associés d'une SISA en tant que personnes physiques.

D'un point de vue fiscal, la SISA est soumise au régime fiscal des sociétés de personnes, sans possibilité d'opter pour leur assujettissement à l'impôt sur les sociétés. Les bénéfices de la société sont alors imposés à l'impôt sur le revenu au nom de chacun des associés, proportionnellement à sa part dans la société, soit dans la catégorie des BIC (Bénéfices Industriels et Commerciaux) pour les pharmaciens, soit dans la catégorie BNC (Bénéfices non commerciaux) pour les autres professions de santé. Les sommes versées aux structures par l'assurance maladie dans le cadre des nouveaux modes de rémunération sont exonérées de TVA. En revanche, les prestations fournies par la SISA à ses membres dans le cadre de la mutualisation des moyens nécessaires à l'exercice de la profession des

associés ne peuvent bénéficier de l'exonération que si la SISA ne comporte pas d'associé soumis à la TVA sur plus de 20% de ses recettes totales (cas à prendre en compte quand des pharmaciens sont associés dans la SISA).

La SCI (Société Civile Immobilière)

Elle a pour seul objet social l'acquisition et la détention de biens immobiliers par plusieurs personnes afin de tirer profit de leurs loyers. La SCI exclut toute activité commerciale, elle ne peut donc pas acheter un appartement dans le seul but de le revendre. Les associés peuvent être des personnes physiques ou morales. Les différentes structures juridiques précédemment citées peuvent donc être associées de la SCI.

La SCI présente plusieurs avantages :

- La création d'une SCI distincte de la société de moyens ou d'exercice, permet de mettre à l'abri les locaux, de poursuites éventuelles des créanciers de l'entreprise.
- Elle permet de dissocier son patrimoine personnel de son patrimoine professionnel.
- Elle favorise la transmission familiale du patrimoine immobilier professionnel et offre la possibilité de bénéficier de dispositifs fiscaux intéressants en terme de succession.
- La transmission des parts de la SCI à des tiers est facilitée. En effet, si un héritier d'associés souhaite céder ses parts, il n'obligera pas les autres associés restant à vendre l'immeuble comme c'est le cas en indivision.
- L'investissement immobilier dans le cadre d'une SCI permet de bénéficier de divers dispositifs fiscaux favorables aux réductions d'impôts (Dispositifs Périssol, Scellier, Duflot, etc.)
- Les SCM, par exemple, peuvent prendre en location leurs locaux professionnels d'une SCI, diminuant ainsi leurs bénéfices, et donc le risque d'être assujettis à l'impôt sur les sociétés.

Sur le plan fiscal, les biens immobiliers de la SCI doivent être loués en non meublé sinon elle risque d'être assimilée à une société commerciale, ce qui n'est pas autorisé pour les professions médicales. Par ailleurs, elle exerce une activité civile, l'activité médicale, elle n'est donc pas assujettie à la TVA. Les associés déclarent les bénéfices de la société en tant que revenus fonciers dans la déclaration d'impôt sur

le revenu. Mais d'un autre coté, à titre individuel, ils déduisent ces mêmes loyers des revenus de leur activité professionnelle. Il convient d'être vigilant quand l'associé est une personne morale (une société), les bénéfices sont alors des BIC imposés au régime réel.

4. Dans quelle(s) société(s) les associés doivent être obligatoirement des médecins uniquement ?

Les deux bonnes réponses sont :

- la SCP (Société Civile Professionnelle)
- la SEL (Société d'Exercice Libérale)

Une SCP exerce la profession de ses membres. Elle ne peut pas regrouper des membres de plusieurs professions de santé. Ainsi un médecin ne peut s'associer avec un kinésithérapeute ou une infirmière au sein d'une SCP. En revanche, elle peut regrouper des médecins de spécialités différentes, à l'exception des spécialistes en biologie médicale. (Article R. 4113-26 du Code de Santé publique) Une SCP doit être constituée que de personnes physiques. Un minimum de deux associés est requis. Il en est de même pour la SEL.

5. Dans quelle(s) société(s) les associés sont responsables indéfiniment et solidairement des dettes professionnelles sur leurs biens personnels?

La bonne réponse est :

- la SCP (Société Civile Professionnelle)

Dans les SCP, au niveau des dettes professionnelles, les associés répondent indéfiniment des dettes sociales de la société à l'égard des tiers sur leur patrimoine professionnel et privé. Cependant il convient de préciser que depuis la loi n°2011-331 du 28/03/2011 dite de « modernisation des professions judiciaires ou juridiques et certaines professions réglementées », les associés répondent indéfiniment des dettes sociales à l'égard des tiers, mais ne sont plus tenus solidairement. En revanche, pour la responsabilité civile professionnelle, les associés répondent à titre personnel de leurs actes professionnels et sur l'ensemble de leur patrimoine respectif. La SCP est solidairement responsable avec eux des actes qu'ils ont commis.

Dans les SEL, les associés protègent leur patrimoine privé car ils sont engagés et responsables des dettes sociales de la société qu'à hauteur du capital social détenu. En revanche, sur le plan de la responsabilité civile professionnelle, les médecins restent responsables en totalité sur leurs actes professionnels, comme dans la SCP.

Dans les SCM, les associés sont responsables indéfiniment des dettes professionnelles sur leurs biens personnels mais « conjointement » et non pas « solidairement ». Ainsi, si l'exercice d'un des associés entraine des dettes, seul ce dernier devra les rembourser à la société, devant parfois se séparer de tout ou partie de ses biens personnels. Cependant, les autres associés n'auront pas à vendre leurs biens personnels pour rembourser cette dette à la SCM contrairement à la SCP. Au niveau de la responsabilité civile professionnelle, les associés répondent de leurs actes professionnels à titre personnel et sur l'ensemble de leur patrimoine respectif.

Dans les SISA, les associés sont responsables indéfiniment des dettes professionnelles sur leurs biens personnels mais « conjointement » et non pas « solidairement », comme dans les SCM. Chaque associé répond personnellement de ses actes professionnels. Chacun est couvert par une assurance de responsabilité civile professionnelle, de même que dans les SCM.

Dans les SCI, les associés sont responsables des dettes de la société proportionnellement à leur quote - part de capital. Cette responsabilité ne pourra être engagée que pour suppléer la SCI défaillante. Au niveau de la responsabilité civile professionnelle, les associés répondent de leurs actes professionnels à titre personnel et sur l'ensemble de leur patrimoine respectif, comme dans la SCM.

C. La collaboration libérale

6. Connaissez-vous le statut de collaborateur libéral?

Ce statut est à mi-chemin entre remplaçant et associé au sein d'une structure juridique. Il tente d'apporter une réponse à la pénurie de médecins et à la féminisation de la profession.

La loi du 2 août 2005 en faveur des Petites et Moyennes Entreprises créée ce statut particulier pour certaines professions libérales, dont les médecins, et donne la définition suivante : « A la qualité de collaborateur libéral le membre non salarié d'une profession mentionné en I qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession ».

Le collaborateur libéral exerce une activité en toute indépendance sans lien de subordination. Il a sa patientèle personnelle dont il peut être le médecin traitant. Il est responsable de ses actes professionnels. A la différence du remplaçant, le collaborateur et le titulaire peuvent exercer simultanément au cabinet.

Il peut adhérer à la convention médicale de la sécurité sociale.

Au niveau social et fiscal il a la qualité de travailleur indépendant comme le remplaçant.

Il doit souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle, s'immatriculer à l' URSSAF, être affilié à la CARMF, payer ses charges sociales.

Il perçoit directement des honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet. Celle-ci devra être fixée selon un accord préalable figurant au contrat et devra tenir compte des frais engagés par l'utilisation du cabinet. Toute rémunération forfaitaire est exclue, car elle serait susceptible de faire douter de l'indépendance professionnelle du collaborateur et le requalifier en tant que salarié.

Il a le droit à une plaque et des ordonnances personnelles.

Le titulaire reste unique propriétaire du cabinet, maitre de sa gestion, du choix du matériel.

La collaboration se termine souvent par une association au sein de la structure juridique encadrant l'exercice de groupe.

La collaboration libérale bénéficie d'une fiscalité un peu plus intéressante que le remplacement. En effet, le médecin collaborateur peut bénéficier du régime dérogatoire au droit commun qui se traduit par l'attribution d'allègements comptables et fiscaux. Ce régime institué par l'Administration fiscale, est réservé aux médecins conventionnés du secteur 1 sous certaines conditions. Ainsi les remplaçants en sont exclus.

Il est important de noter qu'un médecin collaborateur peut être salarié depuis 2007 (décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 entré en vigueur le 15 juin 2007). Ce

contrat de travail est soumis autant au Code du travail qu'au Code de Déontologie Médicale. Il doit être conclu entre deux médecins (deux médecins personnes physiques ou une société d'exercice type SCP ou SEL et un médecin) qui doivent être, en principe, de même discipline. Au sein des sociétés d'exercice, la collaboration salariée suppose l'activité de l'associé, ou des associés, auprès desquels le collaborateur exercera. En effet le collaborateur salarié assiste un ou des associés en exercice, il ne doit pas travailler à la place d'un associé non exerçant ou interdit d'exercer.

En pratique, à la différence de la collaboration libérale, le salarié n'a pas de patientèle personnelle, pas d'honoraires propres, pas de plaque ni d'ordonnances personnelles. L'assurance maladie délivre des feuilles de soins portant l'identification du salarié et de l'employeur. Le salarié n'adhère pas à la convention mais le secteur conventionnel de l'employeur s'étend au salarié. Il doit faire une déclaration préalable à l'embauche auprès de l'URSSAF.

Le remplacement du médecin employeur peut se faire via un contrat de remplacement libéral par la voie du salariat d'un autre confrère pendant la durée de l'absence (article L.1242-2 du code du travail). En ce qui concerne le remplacement du médecin salarié absent, il ne peut se faire que via un autre contrat de travail d'une durée correspondant à l'absence en question. La rupture du contrat de travail suit les règles du droit du travail. Les contrats de collaborateur salarié doivent préserver l'indépendance professionnelle, le libre choix du patient et le secret médical.

7. Peut-on exercer à la fois comme collaborateur libéral et effectuer des remplacements chez un autre confrère?

La réponse est oui.

L'article 87 du Code de Déontologie exclut clairement la possibilité pour un titulaire d'avoir plusieurs collaborateurs.

Un médecin installé ne peut pas être le collaborateur d'un confrère.

Mais un collaborateur à temps partiel peut effectuer des remplacements chez un autre confrère. Il devra simplement en tenir informé le titulaire.

Contrairement au remplaçant, le collaborateur peut exercer son activité professionnelle en même temps que le titulaire du cabinet.

D. Les NMR (Nouveaux Modes de Rémunération)

8. Quelle(s) société(s) peut (peuvent) percevoir des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR)?

Les bonnes réponses sont :
- La SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) est la seule à pouvoir percevoir les NMR.

- La SCM (Société Civile de Moyens) peut percevoir les NMR mais perdra alors son avantage d'être non assujettie à l'Impôt sur les Sociétés (exclut de l'article 36 de la loi de finances rectificative du 28 décembre 2011).

Suite à l'instauration de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2008, les médecins exerçant en MSP peuvent bénéficier de l'expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération (NMR). En début d'année, un forfait est versé par les ARS à la structure (SISA) pour rémunérer l'activité coordonnée en plus du paiement à l'acte. Elle déroge au Code de la Santé Publique en permettant le partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différents et selon les modalités de leur choix. Cette rémunération est conditionnée par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. Elle rémunère, sous forme de forfaits, les structures (le plus souvent organisées en SISA) pour assurer certaines activités telles que la coordination, l'éducation thérapeutique, la coopération professionnelle. L'expérimentation de ces NMR s'est achevée en Décembre 2014.
Le « règlement arbitral » leur a fait suite. Il s'applique aux structures de santé pluriprofessionnelles de proximité (maisons, pôles et centres de santé) et a été publié au journal officiel le 27 février 2015. Il généralise, sous certaines conditions, le principe de rémunérations versées aux structures pluriprofessionnelles qui avait été testé dans le cadre de l'expérimentation des NMR. Ce nouveau mode de rémunération a trois objectifs : valoriser les services d'accès aux soins, de travail en équipe, et de développement des systèmes d'informations. Ce nouveau barème risque d'être moins favorable que les précédents. Les sites ayant participé aux expérimentations des NMR bénéficieront d'une période transitoire avec un maintien des forfaits en 2015.

Les nouveaux modes de rémunération ont soulevé un problème fiscal dès 2010.
En effet les premières équipes de soins primaires étaient organisées en association selon la Loi 1901(pour les centres de santé) ou bien en SCM (pour les maisons et pôles de santé). Elles ne pouvaient donc pas légalement recevoir de dotation publique et la reverser à ses associés. Pour des raisons fiscales, les maisons et pôles de santé bénéficiant des NMR ont l'obligation de se transformer en SISA depuis le 30 juin 2012. Pour se fair, il suffit d'effectuer une modification statutaire qui n'aura pas de conséquence fiscale à la différence d'une dissolution. Les autres MSP n'entrant pas dans cette démarche d'expérimentation des NMR n'ont pas cette obligation.
Cependant une équipe de soins de premiers recours en MSP, qui est organisée en SCM par catégories professionnelles (SCM des médecins, SCM des kinésithérapeutes, etc.), peut conserver les anciennes SCM pour gérer la répartition des dépenses par professions et créer une SISA pour gérer les recettes des NMR et les dépenses collectives non prises en compte par les SCM.

Les GIE ont des statuts ne permettant pas la perception des nouveaux modes de rémunérations car ils ne peuvent pas facturer d'actes à l'assurance maladie.

L'association loi 1901 peut recevoir des subventions mais ne peut pas les reverser à ses membres, car elle risque alors de perdre son caractère non lucratif et les avantages qui y sont liés. Elle serait alors requalifiée en société commerciale et par conséquent assujettie aux impôts commerciaux : (IS) Impôt sur les Sociétés, TVA, CFE (Cotisation Foncière des Entreprises, ex Taxe Professionnelle)). Ce statut est retrouvé notamment dans les centres de santé, PMI ou centre de planning familiaux. Les subventions perçues permettent à la structure d'assurer sa mission de service public, les professionnels y exerçant sont salariés et il ne peut ainsi y avoir de bénéfices.

Les autres structures juridiques (SEL et SCP) ne peuvent pas percevoir les NMR puisqu'elles ne permettent pas l'exercice pluriprofessionnel.

E. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires

9. Concernant les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, quelle structure juridique d'exercice est la plus adaptée ?

La bonne réponse est la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires).

En effet la SISA déroge aux règles du Code de la Santé Publique, permettant ainsi le partage d'honoraires entre des associés d'activités de soins différentes. L'exercice regroupé est ainsi encouragé. De plus, la SISA est la seule société pouvant facturer les activités en rapport avec les NMR à l'Assurance Maladie puisque, en plus de la mise en commun de moyens, elle peut mettre en commun l'exercice de ses associés pour certaines activités (coordination, éducation thérapeutique, coopération professionnelle). C'est la seule à pouvoir bénéficier des NMR sans être assujettie à l'Impôt sur les Sociétés.

Toutefois les MSP peuvent se constituer en plusieurs statuts juridiques :
- en sociétés et groupements de moyens (SCM, SISA, GIE) facilitant l'exercice de l'activité professionnelle de leurs membres par la mise en commun de moyens.
- en association à but non lucratif (selon la loi de 1901) permettant aux associés de concrétiser leur projet de MSP en effectuant des apports de biens, en nature ou en espèces. (Ces apports sont temporaires dans la mesure où ils peuvent les reprendre à la dissolution de l'association.) La création d'une Association loi 1901 permet également de bénéficier de la perception de fonds publics. Par exemple, elle peut permettre de recevoir une subvention (pouvant s'élever à 50000€ (via le FIQCS)) pour recruter un prestataire chargé de réaliser l'étude de faisabilité de la mise en place de la MSP.

Par contre, elles ne peuvent pas se constituer en société d'exercice (SEL ou SCP), ces sociétés ne permettant pas l'interprofessionnalité.

Il convient de préciser qu'un pôle de santé au sens courant du terme (c'est à dire une structure pluriprofessionelle « hors les murs ») a la possibilité de se constituer en SISA comme une MSP. En revanche, au sens juridique (regroupement entre

professionnels de santé, établissement de santé, EHPAD, réseaux, etc..) il ne peut pas se constituer en SISA car il regroupe alors des personnes morales. C'est dans ce cas que les GIE trouvent leur place.

F. Les Centres de Santé

10. Quel(s) mode(s) d'exercice peut-on pratiquer dans un Centre de santé ?

Les médecins qui exercent en centres de santé sont obligatoirement salariés. Leur gestion est assurée par des établissements à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou d'intérêt collectif (CPAM, CRAM, Mutuelles..).
Toutefois un médecin ayant une activité libérale à temps partiel peut exercer les autres jours de la semaine en tant que salarié du centre de santé.

G. Les Pôles de Santé

11. Quelle(s) société(s) peut (peuvent) regrouper plusieurs cabinets sur des sites différents ?

En 2005 une nouvelle version de l'article 85 du Code de Déontologie médicale a été créée pour répondre au développement des nouveaux modes d'exercice. Le médecin peut désormais obtenir le droit d'exercer sur plusieurs sites, en complément du lieu d'exercice habituel (et non plus seulement un cabinet secondaire). L'autorisation de site supplémentaire est accordée pour une durée indéterminée (au lieu de trois ans auparavant). Les critères d'installation en plusieurs lieux sont assouplis.

Les bonnes réponses sont :

- les SCP (Sociétés Civiles Professionnelles)
- les SCI (Sociétés Civiles Immobilières)
- les SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires)
- les GIE (Groupements d'Intérêt Économique)

Les SEL sont soumises à un régime spécifique, elles ne relèvent pas de l'article 85 du Code de Déontologie médicale. Elles ne peuvent donc pas regrouper plusieurs cabinets sur des sites différents (Article R.4113-23 du code de la santé publique).

12. Qu'est-ce qu'un " Pôle de santé "?

Les pôles de santé ont été créés par la Loi HPST (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009-article 40, loi portant réforme de l' hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires). D'après la FFMPS (Fédération Française des Maisons et Pôles de santé), la signification de cette appellation est différente selon les personnes qui l'utilisent. Au moins 3 sens se dégagent du terme « Pôle de santé »:

- équipe de soins primaires coordonnée autour d'une patientèle mais n'exerçant pas dans la même structure immobilière
- regroupement de professionnels de santé de soins primaires autour d'une ou plusieurs problématiques sur un territoire.
- regroupement constitué entre professionnels de santé, et le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaires et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. C'est la définition de la loi HPST.

Les structures pluriprofessionnelles spécifiquement orientées vers l'exercice salarié correspondent à la définition des « Centres de santé ». Les Centres de santé se différencient également des Pôles et Maisons de santé par leur conventionnement avec l'Assurance Maladie. Leur activité est principalement financée à l'acte. Ces centres de santé ont l'obligation de pratiquer le tiers-payant pour la dépense d'assurance maladie obligatoire (ils avancent les frais remboursables ensuite par les caisses d'assurance maladie) et de respecter les tarifs conventionnels du secteur 1.

D'autre part, les maisons de santé se différencient des pôles de santé par l'unité du bâti même si cette distinction n'existe plus juridiquement. Maisons et pôles de santé sont effectivement confondus et regroupés sous le terme « maison de santé » dès lors qu'ils sont dotés d'une personnalité morale et d'un projet de santé formel signé par l'intégralité de leurs membres, compatible avec le Schéma régional

d'organisation des soins ambulatoires (SROS) et transmis à l'Agence régionale de santé (ARS). Leur composition minimale est de deux médecins généralistes associés à au moins un professionnel paramédical. La pratique de tarifs opposables de secteur 1 est obligatoire.

H. Les aides à l'installation libérale

14. Connaissez - vous l'existence d'un guichet unique de l'installation en Haute-Normandie ?

Un site internet dénommé « PAPS » (Plateforme d'Accueil des Professionnels de Santé) a été créé en 2011, via la loi HPST, dans chaque région pour aider les professionnels de santé au moment de l'installation. Comme nous l'avons démontré dans notre introduction, ces plateformes n'apportaient pas des réponses suffisantes aux futurs installés. En juin 2014, le directeur de l'ARS (Agence Régionale de Santé) de Haute-Normandie et le Président de l'ORIFF-PL Haute-Normandie (Office Régionale de Formalités et de Formation des Professions Libérales) ont inauguré le premier guichet unique de l'installation français à Rouen, 66 Quai Boisguibert (contact@guips.org ou 02.35.60.90.55). Le GUIPS (Guichet Unique de l'Installation des Professionnels de Santé) est également doté d'un portail web (www.guips.org) regroupant l'ensemble des informations nécessaires pour faciliter les démarches d'installation libérale des médecins.

15. Selon vous: pour quel(s) mode(s) d'exercice la Convention Médicale verse une rémunération forfaitaire aux médecins généralistes installés en zones déficitaires :

Les deux bonnes réponses étaient uniquement l'exercice en cabinet de groupe monodisciplinaire et l'exercice de groupe pluridisciplinaire.

La convention médicale est destinée aux médecins exerçant une activité libérale, inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, et ayant fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel. Le conventionnement ouvre droit au remboursement des soins dispensés aux assurés sociaux. La convention s'applique également aux organismes de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire. Les syndicats des

médecins libéraux et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) font évoluer régulièrement cette convention afin d'améliorer la qualité du système de soins français. Ainsi dans la dernière convention médicale de 2011 est apparu l'Avenant 20 avec l'option démographie.

L'ancienne aide à l'installation de la convention de 2005 prévoyait une majoration de 20% de l'activité du médecin généraliste qui s'installait en zone déficitaire dans un cabinet de groupe ou dans un pôle de santé.

L'option démographie s'adresse à tous les médecins libéraux exerçant en groupe (quelque soit sa forme juridique ou sa composition) ou en pôle de santé. Les professionnels de santé doivent s'engager à respecter certaines conditions :

- réaliser deux tiers de leur activité dans une zone sous dotée (zones définies par l'ARS)
- être en secteur 1 ou 2 sous réserve d'appliquer les tarifs opposables pour les patients de la zone
- être installés dans la zone ou à proximité (5km en zone rurale ou 2km en zone urbaine)
- s'engager à ne pas cesser son activité ni à changer de lieu d'exercice pendant au moins trois ans
- assurer la permanence des soins

En contrepartie, ils bénéficient d'avantages :

- pour les médecins en cabinet de groupe : une aide à l'activité de 10% des honoraires annuels (C+V), plafonnée à 20 000 euros par an et une aide à l'investissement de 5000 euros par an pendant trois ans.
- Pour les médecins en pôle de santé : une aide à l'activité de 5% des honoraires annuels (C+V), plafonnée à 10 000 euros par an et une aide à l'investissement de 2500 euros par an pendant trois ans.

Les médecins libéraux dont la zone d'installation n'est pas définie comme déficitaire peuvent adhérer à l'option Santé solidarité territoriale qu'ils exercent seuls, en groupe monodisciplinaire ou pluridisciplinaire (MSP, PSP).

Ils devront toutefois s'engager à :

- exercer au minimum 28 jours par an dans une zone déficitaire pendant trois ans.
- Y appliquer des tarifs opposables.

En contrepartie, ils se verront attribuer une aide à l'activité de 10% des honoraires annuels (C+V), plafonnée à 20 000 euros par an et une prise en charge des frais de déplacement.

Ces dispositifs ont pour objectifs d'améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire et de faciliter l'accès aux soins pour les patients de ces zones sous dotées.

Texte de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, conclue le 26 juillet 2011 et publiée au Journal officiel de la République Française le 25 septembre 2011.

ANNEXE 3 : Résultats bruts de l'objectif secondaire de l'étude

Tests de comparaison de distribution par le test exact de Fisher

Influence de la formation théorique (participation au séminaire) sur les connaissances et les attentes de formation des IMG rouennais concernant l'installation en libéral

Numéro des Questions	Proportion de bonnes réponses dans le groupe SÉMINAIRE RÉALISÉ (n=13)	Proportion de bonnes réponses dans le groupe SÉMINAIRE NON RÉALISÉ (n=27)	Significativité statistique si valeur du « p » < 0,05
1	100%, n=13	74,1%, n=20	0,07
2	100%, n=13	92,6%, n=25	0,55
4	7,7%, n=1	11,1%, n=3	1,00
5	0	0	Non calculable
6	100%, n=13	66,7%, n=18	0,02
7	23,1%, n=3	18,5%, n=5	1,00
8	38,5%, n=5	11,1%, n=3	0,09
9	46,1%, n=6	22,2%, n=6	0,15
10	69,2%, n=9	51,8%, n=14	0,33
11	15,4%, n=2	14,8%, n=4	1,00
12	76,9%, n=10	74,1%, n=20	1,00
14	53,8%, n=7	22,2%, n=6	0,07
15	0	3,7%, n=1	1,00
17	84,6%, n=11	88,9%, n=24	1,00
18	38,5%, n=5	44,4%, n=12	0,75
21	92,3%, n=12	92,6%, n=25	1,00
22	53,8%, n=7	25,9%, n=7	0,15
23	69,2%, n=9	63%, n=17	0,75

Influence de la formation pratique (réalisation du SASPAS) sur les connaissances et les attentes de formation des IMG rouennais concernant l'installation en libéral

Numéro des Questions	Proportion de bonnes réponses dans le groupe SASPAS RÉALISÉ (n=23)	Proportion de bonnes réponses dans le groupe SASPAS NON RÉALISÉ (n=17)	Significativité statistique si valeur du « p » < 0,05
1	78,3%, n=18	88,2%, n=15	0,68
2	95,6%, n=22	94,1%, n=16	1,00
4	8,7%, n=2	11,8%, n=2	1,00
5	0	0	Non calculable
6	65,2%, n=15	94,1%, n=16	0,05
7	17,4%, n=4	23,5%, n=4	0,70
8	8,7%, n=2	35,3%, n=6	0,05
9	21,7%, n=5	41,2%, n=7	0,29
10	60,9%, n=14	52,9%, n=9	0,75
11	13%, n=3	17,6%, n=3	1,00
12	82,6%, n=19	64,7%, n=11	0,27
14	21,7%, n=5	47,1%, n=8	0,17
15	0	5,9%, n=1	0,42
17	82,6%, n=19	94,1%, n=16	0,37
18	39,1%, n=9	47,1%, n=8	0,75
21	87%, n=20	100%, n=17	0,25
22	30,4%, n=7	41,2%, n=7	0,52
23	60,9%, n=14	70,6%, n=12	0,74

RÉSUMÉ

Le choix du mode d'exercice est un passage incontournable pour les internes de médecine générale terminant leur cursus. 60,3% des généralistes sont installés en libéral, mais le remplacement apparait comme le mode d'exercice privilégié parmi les jeunes praticiens s'inscrivant pour la première fois à l'Ordre (41,9%). L'objectif était d'établir un état des lieux en 2014 des connaissances réelles des internes rouennais concernant l'installation libérale ainsi que de leurs attentes de formation.

Cette enquête descriptive quantitative a été réalisée grâce à un questionnaire électronique, anonyme, auto administré aux internes inscrits au DESMG rouennais entre juin et octobre 2014.

103 questionnaires ont été analysés, représentant 43% de l'ensemble des internes de médecine générale rouennais. Il existait une surexpression d'étudiants en TCEM2 (53,7%) et TCEM3 (56,6%) par rapport aux TCEM1 (26,5%). Les autres critères ne différenciaient pas significativement notre échantillon de la population cible.
L'état des lieux des connaissances rapportait 67% et 89,3% de bonnes réponses aux questions sur la couverture sociale. En ce qui concerne les structures juridiques encadrant l'exercice de groupe, seules les Sociétés Civiles de Moyens étaient connues de plus de la moitié des internes. Peu d'internes maitrisaient les Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA) pourtant les plus adaptées à l'exercice en Maisons de Santé Pluridisciplinaires (14,6% de réponses bonnes) et à l'acquisition des Nouveaux modes de Rémunération (11,6% de bonnes réponses). 49,5% de réponses justes concernant les centres de santé et 69,9% pour les pôles de santé. 48,5% avaient déjà entendu parler du statut de collaborateur libéral. 16,5% des étudiants connaissaient l'existence du guichet unique de l'installation.
Concernant les attentes de formation, 82,5% déclaraient qu'une formation plus approfondie les inciterait à s'installer plus rapidement. 49,5% pensaient qu'une quatrième année professionnalisante serait utile pour acquérir les compétences nécessaires en gestion du cabinet. Les trois principaux domaines de formation plébiscités étaient les formalités administratives nécessaires lors de l'installation, le remplacement et l'exercice libéral pluridisciplinaire.

Notre étude confirme le manque de connaissances théoriques des internes de médecine générale nécessaires à une installation en exercice libéral. Des pistes de formation sont exposées afin d'améliorer ce constat et espérer une installation plus rapide des jeunes praticiens.

MOTS – CLÉS :
Médecins généralistes, internes, SASPAS, connaissances, formation, installation, exercice libéral, exercice pluridisciplinaire