



**HAL**  
open science

**Abaisser les barrières entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine "de ville" : retour d'expérience ornaise auprès des internes en médecine générale accueillis sur un terrain de stage mixte chez le praticien**

Ioana Tigau

► **To cite this version:**

Ioana Tigau. Abaisser les barrières entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine "de ville" : retour d'expérience ornaise auprès des internes en médecine générale accueillis sur un terrain de stage mixte chez le praticien. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02489583

**HAL Id: dumas-02489583**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02489583>**

Submitted on 24 Feb 2020

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

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

**UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE**

-----  
**UFR de SANTÉ**

Année 2019

**THÈSE POUR L'OBTENTION**

**DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 09/10/2019

par

**Madame TIGAU Ioana**

Née le 13 Avril 1982 à Piatra-Neamt, Roumanie

**TITRE DE LA THÈSE :**

**Abaissier les barrières entre le monde de  
l'hôpital et celui de la médecine "de ville " :  
retour d'expérience ornaise auprès des internes  
en médecine générale accueillis sur un terrain de  
stage mixte chez le praticien**

**Président :** Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier

**Membres :** Monsieur le Docteur PITHON Anni

Madame le Docteur SCHONBRODT Laure

Madame le Docteur GIGOT Ghislaine, Co-directrice de thèse

**Madame le Docteur TCHODIBIA HEMO Marie Agnès, Directrice de thèse**



**Année Universitaire 2018/2019**

**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)

**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thôn	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie

<b>M. DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020</b>	Neurochirurgie
<b>Mme DOLLFUS Sonia</b>	Psychiatrie d'adultes
<b>M. DREYFUS Michel</b>	Gynécologie - Obstétrique
<b>M. DU CHEYRON Damien</b>	Réanimation médicale
<b>Mme ÉMERY Evelyne</b>	Neurochirurgie
<b>M. ESMAIL-BEYGUI Farzin</b>	Cardiologie
<b>Mme FAUVET Raffaèle</b>	Gynécologie – Obstétrique
<b>M. FISCHER Marc-Olivier</b>	Anesthésiologie-réa. et médecine péri- opératoire
<b>M. GÉRARD Jean-Louis</b>	Anesthésiologie-réa. et médecine péri- opératoire
<b>M. GUILLOIS Bernard</b>	Pédiatrie
<b>Mme GUITTET-BAUD Lydia</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. HABRAND Jean-Louis</b>	Cancérologie option Radiothérapie
<b>M. HAMON Martial</b>	Cardiologie
<b>Mme HAMON Michèle</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>M. HANOUS Jean-Luc</b>	Anesthésiologie-réa. et médecine péri- opératoire
<b>M. HULET Christophe</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
<b>M. HURAUULT de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020</b>	Néphrologie
<b>M. ICARD Philippe</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>M. JOIN-LAMBERT Olivier</b>	Bactériologie - Virologie
<b>Mme JOLY-LOBBEDEZ Florence</b>	Cancérologie
<b>M. JOUBERT Michael</b>	Endocrinologie
<b>Mme KOTTLER Marie-Laure</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M. LAUNOY Guy</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. LE COUTOUR Xavier</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
<b>M. LE HELLO Simon</b>	Bactériologie-Virologie
<b>Mme LE MAUFF Brigitte</b>	Immunologie
<b>M. LEPORRIER Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2020</b>	Hématologie
<b>M. LEROY François</b>	Rééducation fonctionnelle
<b>M. LOBBEDEZ Thierry</b>	Néphrologie
<b>M. MANRIQUE Alain</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M. MARCÉLLI Christian</b>	Rhumatologie

M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie
M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRET Astrid	Bactériologie – Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

### **PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN**

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

### **PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

### **PRCE**

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------



UNIVERSITÉ DE CAEN  
· NORMANDIE

UFR DE SANTE –  
FACULTE DE  
MEDECINE

**Année Universitaire 2018 / 2019**

**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

**Assesseurs**

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)

**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS  
HOSPITALIERS**

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle Éméritat jusqu'au 31/08/2019	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie Éméritat jusqu'au 31/08/2020	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie

Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M. GRUCHY Nicolas	Génétique
M. GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M. HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M. ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M. LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2020	Génétique
Mme LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M. LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M. MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M. REPESSÉ Yohann	Hématologie
M. SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M. TOUTIRAIS Olivier	Immunologie
M. VEYSSIERE Alexis	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

### **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS**

Mme ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M. COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme DE JAEGHER-NOEL Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale
M. LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M. SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale





## REMERCIEMENTS

**A mon mari, Monsieur BANU Iulian**, avec qui je partage ma vie depuis 2008. Tu m'as toujours soutenu dans tous mes projets. Tu m'as encouragé à faire médecine, grâce à toi je suis médecin. Je sais que je peux compter sur toi. Je te remercie pour tes conseils et ton soutien. Merci d'être à mes côtés pour le meilleur et pour le pire.

**A mes filles, Raffaella et Stephany**, que j'aime énormément.

**A Madame le Docteur TCHODIBIA HEMO Marie Agnès** de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir accepté de diriger ce travail. Votre disponibilité depuis le début jusqu'à la fin, vos nombreuses relectures, le temps que vous avez passé en me conseillant, m'ont rendu confiante dans mes capacités, je vous remercie énormément.

**A Madame le Docteur GIGOT Ghislaine**, d'avoir accepté de codiriger ce travail, pour vos conseils, ainsi que pour la confiance que vous m'avez accordée pendant les remplacements effectués dans votre cabinet, je vous remercie énormément.

**A mes amies, Codruta, Victoria (buni), Violeta (Vivi), Eugenia (Jeni)**, pour votre présence à mes côtés, surtout dans les moments difficiles, pour m'encourager et me soutenir dans mes idées.

**A mes parents, Liliana (mamia) et Vasile (tetea)**, pour vos prières dans les bons et les mauvais moments tout au long de ma vie.

**Aux docteurs : CARRE Sylvie, CHAUVEAU-DOMINGUEZ Anne-Marie, KOUKOUGNION Michel, BUNDUKI Said, PUECH Michel, JULIEN Fabrice, ZAKARIA Zakaria, AL FARES Rimaa, TRABICHI Fahd, TARZI Georges et HMOUD Toufik** pour leur encouragement tout au long de mes études.

**Au Président du Jury, Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier**, pour l'honneur que vous nous avez fait de présider cette thèse, je vous remercie d'avoir accepté.

**Aux autres membres du jury : Monsieur le Docteur PITHON Anni, Madame le Docteur SCHONBRODT Laure**, je vous remercie d'être membres de ce jury.

**A Madame Noémie JARDIN**, la gestionnaire de scolarité du 3<sup>ème</sup> cycle de Médecine Générale, pour l'aide que vous m'avez apportée tout au long de mes études.



## **Abréviations (classées par ordre alphabétique)**

AMO : Assurance Maladie Obligatoire  
AMC : Assurance Maladie Complémentaire  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CAIM : contrat d'aide à l'installation des médecins  
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France  
CCAS : Centres Communaux d'Action Sociale  
CDD : Contrat à durée déterminée  
CDI : Contrat à durée indéterminée  
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
Cf : conforme  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordination des médecins  
CPAM : Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels  
CSG-CRDS : Contribution sociale généraliste–Contribution au remboursement de la dette sociale  
DES / D.E.S. : Diplôme d'Etudes Spécialisées  
DPC : Développement Professionnel Continu  
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale  
ECN : Epreuves Classantes Nationales  
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
FIR : Fonds d'intervention Régional  
HAD : Hospitalisation à Domicile  
HTES : Hébergements Territoriaux des Etudiants en Santé  
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires  
ISNAR-IMG : Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale  
MERRI : Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation  
MDS : Maître de stage  
MSA : Mutualité sociale agricole  
MSU : Maître de Stage des Universités  
PASS : Plafond annuel de Sécurité Sociale  
PDS : Permanence des Soins  
PH : praticien hospitalier  
PMI : centres de Protection Maternelle et Infantile  
PTMG : Praticiens territoriaux de médecine générale  
QPV : quartiers prioritaires de la politique de la ville  
ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique  
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  
SCM : Société Civile de Moyens  
SCP : Société civile professionnelle  
SEL : Société d'exercice libéral  
UFR : Unité de Formation et de Recherche  
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux  
VS : versus  
ZAC : zones d'actions complémentaires  
ZIP : zones d'intervention prioritaire  
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale



## INDEX Tableaux et figures

Tableau 1 : La rémunération d'un médecin à exercice partagé ville/hôpital.....	19
Tableau 2 : Les taux de cotisations sociales.....	20
Tableau 3 : La répartition des internes en MG, selon leur semestre chez le Praticien.....	32
Tableau 4 : La répartition de stage chez le Praticien des autres internes.....	32
Tableau 5 : Les motifs de choix de stage chez le Praticien.....	33
Tableau 6 : La répartition selon stage mixte ou pas.....	34
Tableau 7 : La répartition en fonction de la zone du stage.....	34
Tableau 8 : La possibilité de choisir ou pas le stage.....	34
Tableau 9 : Les motifs du choix.....	35
Tableau 10 : L'organisation du stage.....	35
Tableau 11 : La charge de travail.....	35
Tableau 12 : La satisfaction de charge de travail.....	36
Tableau 13 : Des consultations en autonomie.....	36
Tableau 14 : Des visites en autonomie.....	36
Tableau 15 : Les attentes .....	38
Tableau 16 : La satisfaction d'accompagnement.....	38
Tableau 17 : La recommandation du stage .....	38
Tableau 18 : L'envie d'installation .....	38
Tableau 19 : Les raisons d'installation « en ville » versus « à l'hôpital » ou « mixte ».....	39
Tableau 20 : Les raisons d'installation « à l'hôpital » versus « libéral » ou « mixte ».....	39
Figure 1 : La répartition du choix de stage.....	33



## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
<b>1. LA PREMIERE PARTIE</b>	
<b>1.1. Généralités sur les études de 3<sup>ème</sup> cycle.....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Le stage ambulatoire de niveau 1 (soins et prévention).....	4
1.1.2. Le stage ambulatoire de niveau 2 / SASPASS .....	5
1.1.3. La formation des internes en MG au cours du DES.....	6
1.1.3.1. Formation théorique.....	6
1.1.3.2. Formation pratique .....	7
1.1.3.3. Besoins de formation spécifique.....	8
1.1.3.4. Diversification des terrains de stage ambulatoire.....	8
1.1.3.5. Stages libres.....	9
1.1.3.6. Présentation .....	9
<b>1.2. Les données régionales, les statistiques de l'installation, les différentes aides, les dispositifs pour recrutement.....</b>	<b>10</b>
1.2.1. Les informations reçues du <b>Conseil départemental de l'Orne</b> .....	10
1.2.2. Les informations reçues du <b>Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Orne</b> .....	12
1.2.3. Les informations reçues de l' <b>URML Normandie</b> .....	13
1.2.4. Les informations reçues de l' <b>ARS</b> .....	16
1.2.4.1. Le dispositif « <b>400 MG</b> ».....	17
1.2.4.1.1. <b>Le volet 1</b> : les médecins à exercice partagé ville/hôpital..	17
1.2.4.1.1.1. Les types de contrats possibles pour l'exercice partagé ville/hôpital.....	17
1.2.4.1.1.2. Les types de statuts possibles en ville.....	18
1.2.4.1.1.3. La rémunération.....	19
1.2.4.1.1.4. Les cotisations à acquitter pour l'activité libérale ...	20
1.2.4.1.2. <b>Le volet 2</b> : les médecins généralistes salariés.....	21
1.2.4.1.2.1. Les territoires.....	21
1.2.4.1.2.2. Les types des structures pouvant candidater au dispositif .....	21
1.2.4.1.2.3. Le recrutement des médecins généralistes.....	22
1.2.4.1.2.4. Les types des contrats pouvant être proposés au médecin salarié .....	22
<b>1.3. Les aides possibles pour l'installation des MG dans l'Orne.....</b>	<b>23</b>
<b>1.4. Mon expérience personnelle et mes motivations pour ce travail.....</b>	<b>27</b>
<b>2. LA DEUXIEME PARTIE : notre étude.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1. METHODOLOGIE.....</b>	<b>29</b>
2.1.1. Questionnaire : méthodologie.....	29
2.1.2. Diffusion.....	29
2.1.3. Inclusion.....	29
2.1.4. Population cible.....	30
2.1.5. Dates et chiffres.....	30
2.1.6. Objectifs.....	31
<b>2.2. RESULTATS.....</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSIONS.....</b>	<b>40</b>
<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXE .....</b>	<b>46</b>
Questionnaire.....	46





## INTRODUCTION

L'installation des jeunes médecins que ce soit en hospitalier ou en libéral est un problème national pour les collectivités et la population. Malgré tout ce qui est mis en place pour faciliter les installations, le recrutement reste problématique.

Les données alarmantes nationales et régionales, retrouvées depuis novembre 2016, m'ont poussée à faire ce travail.

La démographie médicale actuelle indique une grande difficulté à l'installation dans notre territoire Normand et encore plus dans l'Orne.

Dans l'Orne, les statistiques retrouvées sont les suivantes : un MG pour 1600 habitants. L'âge moyen de ces médecins étant de 57.7 ans et demi. 65% des 200 MG qui restent dans l'Orne ont 65 ans et plus. Selon ces chiffres, la situation sera très critique en 2022 au moment du départ de ces médecins.

Selon les données retrouvées de l'enquête de l'Ordre de Médecins de l'Orne (32, 33, 34), parmi les raisons qui freinent l'installation des jeunes médecins généralistes nous retrouvons :

- l'existence des zones géographiques déficitaires en médecins généralistes partout en France ;
- le vieillissement de la population des médecins généralistes installés, avec des départs à la retraite sans succession assurée ;
- le nombre insuffisant des nouveaux généralistes formés ;
- le déficit d'installation des jeunes médecins généralistes.

En ce qui concerne l'installation des médecins généralistes en libéral dans l'Orne, selon les statistiques de CDOM, les données suivantes ont été enregistrées :

- En 2016, pendant le 2<sup>ème</sup> semestre ont eu lieu 4 installations ;
- Pendant l'année 2017, 5 médecins sont installés (dont 5 médecins européens) ;
- Pendant l'année 2018, 2 médecins sont installés (dont 1 médecin européen) ;
- Pendant le 1<sup>er</sup> semestre 2019 : 6 installations (dont 3 médecins européens).

Sur les 9 médecins européens installés ces trois dernières années, 3 sont repartis. Dans la même période indiquée, 33 médecins sont partis à la retraite.

**Pour notre travail, la définition d'un stage MIXTE c'est quand le Maitre de stage universitaire (MSU) ou le Maitre de stage (MDS) exerce une partie de son activité en libéral avec un statut libéral et une autre partie de son exercice dans un autre milieu (hospitalier, PMI, etc.) ou en tant que médecin Coordonnateur (HAD, EHPAD...) où il a un statut de salarié.**

En ayant un exercice mixte, l'objectif est d'avoir un suivi continu et permanent des patients du début à la fin de leurs soins, en ambulatoire comme à l'hôpital.

Il n'y a pas de rupture avec le domicile : les patients comme les médecins s'y retrouvent.

En effet, avoir des généralistes libéraux qui exercent dans la structure hospitalière permet d'inscrire l'ambulatoire dans l'hôpital.

L'objectif principal de notre étude est de voir si le fait d'effectuer un stage chez un MSU avec une activité mixte peut favoriser l'installation des jeunes médecins en libéral. Est-ce que le fait d'avoir une telle activité, sécurisera les jeunes médecins et facilitera leur installation ?

Les objectifs secondaires :

- réaliser une évaluation parmi les internes qui ont eu la possibilité de réaliser un semestre chez les praticiens avec une activité mixte.
- découvrir les avantages et les inconvénients de ce mode d'exercice durant le stage chez le praticien et évaluer son impact sur l'amélioration de la pratique ainsi que l'attrait pour la Médecine Générale des internes.

Pour cette étude, nous avons utilisé plusieurs méthodes pour analyser nos données. Cette étude est réalisée sur la période : novembre 2016 à août 2019. C'est une étude pilote pour la région ornaise que les tutelles pourront utiliser pour leurs statistiques. Elle est pilote aussi parce qu'elle souhaite analyser si le fait d'effectuer un stage mixte peut avoir un impact positif sur l'installation. Elle est basée sur une recherche documentaire rétrospective.

Nous aimerions aussi savoir si le fait d'avoir un salaire fixe permettra de diminuer les charges en libéral. Les collectivités ont mis en place des dispositifs pour aider au financement et à l'installation des jeunes médecins généralistes dans les zones sous dotées.

L'intérêt de garder une pratique hospitalière permet de voir des pathologies plus compliquées que l'on ne retrouvera pas toujours en médecine de ville. Ce qui serait un atout pour diversifier ces pratiques. En restant en hôpital, nous gardons en plus les bonnes relations avec les spécialistes, ce qui peut être utile pour une prise en charge spécifique et rapide.

Sachant que l'accès aux spécialités est devenu très difficile en lien avec le déficit démographique, cela peut aider à gérer la pénurie de médecins hospitaliers.

Nous avons sollicité certaines de nos instances dirigeantes dont le Conseil départemental de l'Orne, le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de l'Orne, l'URML, l'ARS, qui nous ont fournis des informations sur notre département.

Notre questionnaire de thèse a été envoyé à 140 internes en médecine générale, en cours ou en fin d'internat, ayant effectué au moins un stage dans l'Orne durant ces trois dernières années. En réalité, l'étude était destinée aux internes de médecine générale accueillis sur un terrain de stage mixte chez le praticien, dans le département de l'Orne.

Dans une première partie nous avons exposé la formation pratique des internes en médecine générale dans le cadre du DES en trois ans et notre réflexion sur les objectifs de la réalisation de la thèse.

Dans la deuxième partie nous présentons notre étude et nous exposons les résultats obtenus en fonction des réponses des internes qui ont réalisé le stage chez le praticien de ville dans l'Orne.

Nous avons évoqué les principales raisons qui ont conduit les internes en médecine générale à choisir le stage chez le praticien.

Nous avons aussi évalué le nombre d'internes intéressés pour effectuer un stage chez le praticien à activité mixte.

Nous avons étudié l'organisation dans un stage mixte.

Nous avons cherché à comprendre les raisons des satisfactions et les inconvénients ressentis par les internes durant le stage mixte.

Nous avons analysé les motifs pour l'installation soit en ville, soit à l'hôpital, soit en situation mixte, après la réalisation du stage mixte.

Enfin, nous avons exposé les améliorations à apporter dans ce mode d'exercice mixte selon le point de vue des internes qui ont réalisé leur stage mixte dans l'Orne.

## CONTENU

### 1. LA PREMIERE PARTIE

#### 1.1. Généralités sur les études de 3<sup>ème</sup> cycle

A ce jour, la **maquette du DES** :

- Deux semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale, parmi les disciplines suivantes :

- Pédiatrie et/ou gynécologie ;
- Médecine adulte polyvalente ;
- Médecine d'urgence.

- Deux semestres obligatoires auprès de praticiens généralistes agréés.

- Deux semestres libres dans un service, département ou structure médicale agréée.

Les stages de médecine d'urgence, de gynécologie et de pédiatrie doivent obligatoirement être effectués au cours du cursus, qu'il s'agisse de stages ambulatoires ou hospitaliers.

La validation du DES requiert la réalisation d'une formation pratique en gynécologie et en pédiatrie, de minimum deux mois chacune.

#### Les différents types de stage

Les stages de troisième cycle destinés aux internes de médecine générale :

- Le stage dit « de niveau 1 » ou SN1

Il a lieu durant la « phase socle », c'est-à-dire lors de la première année d'internat. L'interne est reçu 3 jours par semaine, en fonction des possibilités des Maîtres de Stage Universitaire (MSU), et les journées sont réparties entre 1 ou 2 MSU pendant 6 mois.

- Le stage dit « de niveau 2 » ou SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés).

Il a lieu durant la « phase d'approfondissement », il peut avoir lieu lors de la 2<sup>ème</sup> ou la 3<sup>ème</sup> année d'internat. L'interne est reçu 3 jours par semaine, en fonction des possibilités des MSU. Les journées sont réparties entre 1, 2 ou 3 et 2 MSU pendant 6 mois. Il réalise des consultations en autonomie, sous la supervision du MSU.

- Le stage ambulatoire validant le module de l'enfant et de la mère / femme.

### 1.1.1. Le stage ambulatoire de niveau 1 (soins et prévention)

Il s'agit d'un stage chez un médecin généraliste qui a pour objectif de mettre en autonomie l'interne de façon progressive.

Le stage s'effectue chez un ou plusieurs praticiens de médecine générale agréés « Maître de stage », en favorisant le principe de binôme ou de trinôme : association de deux ou trois praticiens ayant une activité différente, si possible complémentaire (médecine rurale et médecine de ville, praticiens hommes et femmes, etc.). (22)

L'organisation pratique des binômes ou trinômes est laissée libre à chaque université, notamment en ce qui concerne l'alternance entre chaque praticien. Il peut s'agir d'aller chez chaque praticien trois demi-journées par semaine, ou bien, d'alterner toutes les semaines ou les deux semaines, ou de réaliser des périodes successives de deux ou trois mois. (22)

Le maître de stage universitaire (MSU) mettra en œuvre les trois phases pédagogiques du stage, selon les compétences développées par l'interne :

- L'observation ou la période passive : au cours de laquelle l'interne se familiarise avec son environnement ;
- La supervision directe ou la période semi-active : l'interne peut exécuter des actes en présence du maître de stage ;
- La supervision indirecte ou la période active, dans laquelle l'interne peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en cas de besoin. Sinon, le stagiaire exécute des actes sans que le maître de stage soit nécessairement physiquement présent, celui-ci devant rester à proximité, joignable et mobilisable à tout moment.

Ce stage ambulatoire de niveau 1 doit permettre aux internes de médecine générale d'acquérir les compétences suivantes :

- Résoudre un problème de santé non différencié dans un contexte des soins primaires, l'étudiant apprend donc à :
  - Prendre en charge soit simultanément soit successivement des situations de différentes natures ;
  - Synthétiser les données recueillies ;
  - Recueillir et analyser les demandes du patient et/ou de son entourage ;
  - Elaborer et proposer une prise en charge globale, adaptée au patient et adaptée au contexte.
- Communiquer de façon appropriée avec le patient et avec l'entourage du patient ;
- Eduquer le patient à la promotion et à la gestion de sa santé et à la gestion de sa maladie ;
- Exécuter avec toute sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine ambulatoire ;
- Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (dispositions médico-légales, médico-administratives, déontologiques). (22)

Dans le cadre de sa maquette obligatoire, l'interne doit réaliser un semestre en **pédiatrie** et **gynécologie** qui peut être réalisé en ambulatoire, s'il est agréé au titre de la médecine générale. (23)

En troisième année de DES, l'interne peut, selon son projet professionnel, réaliser un stage ambulatoire de niveau 2 en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS).

### 1.1.2. Le stage ambulatoire de niveau 2 / SASPASS

Ce stage peut s'effectuer en ambulatoire, en cabinet de médecine générale ou hors cabinet de médecine générale, c'est un stage de coordination et de permanence des soins.

C'est un stage continu dans un, deux ou trois cabinets de médecine générale, en supervision indirecte, selon les mêmes modalités de supervision que la période active du stage ambulatoire de niveau 1 (temps cumulé et consacré à ce type de vacations équivalent à deux ou trois jours par semaine de stage, sur le semestre).

D'autres stages complémentaires reposant sur des vacations organisées auprès d'autres professionnels de santé ou auprès des spécialistes de ville tels que des :

- Vacances auprès des autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, etc.) et/ou d'autres médecins spécialistes de ville (dermatologues, pédiatres, gynécologues, SOS médecin, CRRA...);

- Vacances organisées dans le réseau médico-social : centres communaux d'action sociale (CCAS), centres de planification familiale, PMI, médecine scolaire, médecine pénitentiaire, réseaux divers, croix rouge française, hospitalisation à domicile, etc. ;

- Vacances dans un centre médico-psychologique (CMP) ou dans une autre structure de prise en charge psychiatrique et psychologique.

Le stage peut être structuré sur la semaine, le mois ou sur plusieurs jours. Le stage peut être réalisé en périodes successives, avec un total cumulé : trois à quatre mois en cabinet de médecine générale et deux à trois mois généralement pour les autres vacations.

Les stages annexes doivent être organisés par le Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté :

- sur proposition éventuelle des représentants locaux des internes de médecine générale,
- sur proposition des internes, soit sous forme de listes de lieux de stage, soit sur directe proposition adressée au Doyen, ou à la gestionnaire de la scolarité de la Faculté.

L'interne choisit un stage dans chaque valence parmi ceux proposés sur la liste (selon l'ordre de choix).

Il a été proposé que la PDS soit incluse dans cette formation de l'interne de médecine générale, avec la possibilité de réaliser des gardes de médecine générale en supervision indirecte par un médecin généraliste participant habituellement à la PDS. Actuellement peu d'internes en stage en SASPASS réalisent des gardes, comme proposé.

Ce stage ambulatoire de niveau 2 doit permettre aux internes de médecine générale d'acquérir les compétences suivantes :

- Travailler en équipe et/ou en réseau lors de situations complexes urgentes ou pas (aiguës ou chroniques) et coordonner les soins autour du patient sans difficulté ;

- Maîtriser la prise en compte de la complexité des cas ;

- Entreprendre des actions de santé publique, de dépistage, éducation et prévention individuelle et communautaire ;

- Prendre une décision adaptée dans un contexte d'urgence et/ou dans une situation d'incertitude :

- Faire face aux situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale, de premier recours ou en urgences ;

- Organiser sa trousse d'urgence.

- Assurer la continuité et le suivi des soins lors des problèmes et des pathologies plus fréquentes chez les enfants, les femmes, les hommes et les personnes âgées.

- Savoir maîtriser l'approche globale, la relation et la communication avec le patient et son entourage.

A la fin du stage en ambulatoire de niveau 2, l'interne devrait se sentir apte et capable à exercer son métier avec professionnalisme, à l'aise, tout conscient que son métier est en continue évolution.

Le but de notre travail sera donc de souligner l'importance d'abaisser les barrières entre le monde « de l'hôpital » et celui de la Médecine « de ville », au travers d'une enquête auprès des étudiants en médecine ayant eu l'opportunité d'être accueillis sur un terrain de stage mixte.

Le recrutement de Maîtres de stage est une réelle urgence.

C'est aujourd'hui que les besoins sont les plus importants en terme de formation et de promotion de l'exercice ambulatoire. Il s'agit d'y répondre de manière pérenne sans compromettre pour autant la qualité de la formation. (1)

La maîtrise de stage est à la portée de tous les généralistes, il s'agit maintenant à chacun de prendre ses responsabilités pour la survie de notre spécialité. Rappelons que contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycle des études médicales fait partie des missions du médecin généraliste de premier recours définies dans la loi « HPST » (la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »). (1)

La jeune génération est demandeuse d'une formation d'excellence aux soins primaires. Les missions et les rôles du médecin généraliste sont de plus en plus nombreux et complexes, il s'agit simplement de donner aux futurs professionnels les moyens de les remplir. (1)

### **1.1.3. La formation des internes en MG au cours du DES**

#### **1.1.3.1. Formation théorique**

Les médecins libéraux qui accueillent des étudiants en médecine sont appelés « Maître de stage » (MDS). Ces derniers sont exclusivement des médecins généralistes, mais il est évoqué d'étendre le principe aux autres spécialités pour ouvrir la formation à l'exercice libéral et surtout diversifier les terrains de stage validant pour la maquette du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale.

Parmi les attentes des internes de Médecine Générale figure notamment l'uniformisation de l'enseignement entre les subdivisions, enseignement facultaire qu'on ne saurait plus dissocier de la formation en stage. Dans la volonté d'une formation plus professionnalisante, il paraît indispensable de renforcer la formation à la démarche décisionnelle des soins ambulatoires de premier recours, avec une approche centrée sur le patient et son environnement et à la coordination des soins (2).

Les internes de Médecine Générale sont également attachés à une meilleure formation dans les domaines de la prévention, de l'éducation thérapeutique et du suivi au long cours de patients polyopathologiques, qui font partie intégrante de la pratique actuelle de la Médecine Générale (2).

La formation des internes de Médecine Générale se doit d'être véritablement professionnalisante et doit aborder tous les aspects de la pratique quotidienne de la Médecine Générale, y compris les aspects administratifs et de gestion du cabinet (2).

Selon les études réalisées, le premier point important pour favoriser l'installation des médecins dans les territoires est de leur faire découvrir ces territoires : les internes s'installent plutôt dans les territoires qu'ils connaissent et donc cela passe par la formation.

Dans la maquette actuelle de formation des internes de Médecine Générale, deux stages sont prévus pour découvrir et se former à un exercice auprès de confrères pratiquant la médecine en ambulatoire dans les territoires.

Au cours de ces stages ils vont pouvoir découvrir les différents modes d'exercice, les besoins spécifiques des populations, les réseaux de professionnels de santé et les possibilités plurielles de leur profession (2).

Au-delà de la découverte professionnelle, c'est une immersion dans un bassin de vie qui leur permet d'apprécier leurs dynamiques, leurs ressources d'attractivité, leurs richesses culturelle et patrimoniale (2).

Afin de découvrir au mieux et d'apprécier ces temps de formation dans les territoires, il est nécessaire de favoriser l'accueil des internes lors de ces stages (2).

### **1.1.3.2. Formation pratique**

#### **A. Maquette du D.E.S.**

Le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG s'est prononcé en faveur de la maquette de D.E.S. en trois phases, chacune d'une année :

##### **♣ Une phase socle**

Deux semestres comprenant les stages suivants : les Urgences, le stage Praticien de niveau 1.

Le stage dit « de niveau 1 » ou SN1 a lieu durant la « phase socle », c'est-à-dire lors de la 1<sup>ère</sup> année d'internat. L'interne est reçu 3 journées par semaine, en fonction des possibilités des MSU, et les journées sont réparties entre 1 ou 2 MSU pendant 6 mois.

##### **♣ Une phase intermédiaire**

Deux semestres, comprenant un stage dans le pôle santé de la femme (ou mère) et de l'enfant, de préférence couplé (gynécologie + pédiatrie) et en ambulatoire, ou un stage orienté sur la prise en charge de la personne âgée ou la médecine polyvalente.

##### **♣ Une phase de mise en autonomie**

Deux semestres comprenant un Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS), et un stage dit de découverte, défini en fonction du projet professionnel personnel de l'interne.

Elle a lieu durant la « phase d'approfondissement », lors de la 3<sup>ème</sup> année d'internat. L'interne est reçu 3 journées par semaine, en fonction des possibilités des MSU, les journées sont réparties entre 1, 2 ou 3 MSU pendant 6 mois.

Il réalise des consultations en autonomie, sous la supervision du MSU.

#### **B. Qualité des stages**

L'ISNAR-IMG est favorable à ce que les agréments des stages puissent être donnés selon les phases de formation. Des agréments de stage correspondant à différentes phases de formation pourront être donnés à un même terrain de stage.

L'ISNAR-IMG demande la mise en place d'une évaluation systématique des internes par l'équipe pédagogique du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) par les enseignements pendant le stage.

Le Conseil d'Administration s'est également prononcé en faveur de la mise en place d'une formation obligatoire à la pédagogie par le DUMG de tous les maîtres de stage ambulatoires et hospitaliers.



### **1.1.3.3. Besoins de formation spécifique**

Le stage en médecine générale au cours du deuxième cycle des études médicales, bien qu'obligatoire depuis 1997, se met progressivement en place, avec des améliorations annuelles.

Ce stage est primordial si l'on veut que le choix de la médecine générale se fasse en connaissance de cause et relève d'une réelle vocation et non d'un choix par défaut, comme c'est encore trop souvent le cas pour les étudiants en médecine. (6)

L'expérience le prouve : si cette discipline n'est pas choisie, c'est parce qu'elle n'est pas bien connue. Nous constatons en effet que les étudiants ayant obtenu un bon classement aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui font le choix de la médecine générale sont souvent des étudiants qui ont bénéficié du stage de deuxième cycle dans cette spécialité. (6)

La valorisation de l'exercice des soins primaires est indissociable de l'amélioration de la formation.

Les médecins généralistes de demain doivent effectuer les stages sur le terrain de leur futur exercice, les soins primaires ambulatoires, afin d'y acquérir les compétences spécifiques de leur futur métier et de découvrir leur métier.

La maquette du DES de médecine générale doit également évoluer avec une augmentation significative du nombre de semestres en stage ambulatoire afin que les internes soient mieux formés aux soins primaires. La conséquence est là encore un besoin plus important en Maîtres de stage. (7)

D'autre part, l'aspiration des jeunes générations tend vers une adéquation entre la qualité d'exercice et la qualité de vie, notamment dans le monde libéral.

Être maître de stage est considéré comme une manière de mettre à jour ses connaissances au contact des étudiants de la faculté et il s'agit d'un équivalent de développement professionnel continu (DPC).

Avoir un étudiant est aussi reconnu, le plus souvent, comme valorisant du point de vue des patients.

Mais avant tout, les médecins apprécient beaucoup la possibilité de transmettre leur passion pour ce métier, de partager l'exercice professionnel choisit et aussi de favoriser leur relève.

Il faudrait aussi noter que si le recrutement de Maîtres de stage peut être fastidieux parfois par méconnaissance de ce que cela représente, en revanche très peu d'entre eux abandonnent ces fonctions une fois qu'ils les ont prises.

### **1.1.3.4. Diversifications des terrains de stage ambulatoire**

L'interne accompagne le maître de stage dans toutes ses activités professionnelles : visite à domicile mais aussi lors des vacances dans un hôpital local ou lors des différentes activités, comme des activités en PMI, Hospitalisation à domicile (HAD), Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)... (13)

L'interne en stage en médecine générale ambulatoire doit également avoir la possibilité d'effectuer des périodes de stage sur d'autres lieux :

- Auprès d'autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, sages-femmes, pharmaciens, etc.) et/ou d'autres médecins spécialistes de ville (dermatologues, pédiatres, gynécologues, SOS médecin, CRRRA...);
- Dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ;
- Au sein du réseau médico-social : Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), centres de planification familiale, médecine scolaire, médecine pénitentiaire, réseaux divers, croix rouge française, etc. ;
- Dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) ou autre structure de prise en charge psychiatrique et psychologique.

L'objectif global de ces stages ambulatoires réside bien sûr dans l'acquisition des compétences spécifiques à l'exercice de la médecine générale ambulatoire mais aussi dans la connaissance des autres acteurs de la prise en charge des patients et de leurs missions respectives. La rencontre précoce de l'ensemble des interlocuteurs du médecin généraliste permettra au jeune professionnel d'appréhender l'exercice des soins primaires ambulatoires dans sa globalité. (13)

#### **1.1.3.5. Stages libres**

L'interne aura la possibilité de réaliser en particulier le stage de médecine adulte devenu non obligatoire dans la maquette proposée. Ces stages libres ne sont pas obligatoirement « hospitaliers », contrairement à ce que la maquette actuelle stipule. Cela assure notamment la possibilité d'effectuer plus de deux semestres en médecine générale ambulatoire. (13)

Il s'agit en pratique d'offrir à l'interne de médecine générale l'opportunité de réaliser un semestre au regard de ses besoins de formation identifiés : soit en médecine adulte mais aussi en psychiatrie, gynécologie, pédiatrie, en ambulatoire ou en hospitalier.

Ces potentiels semestres ambulatoires supplémentaires permettront par ailleurs au futur professionnel d'acquérir une partie des connaissances relatives à la gestion administrative d'un cabinet, de développer son réseau professionnel s'il effectue un stage dans le territoire où il projette de s'installer... (13)

#### **1.1.3.6. Présentation du lieu du stage**

Pour aller en stage dans un territoire, les étudiants doivent en avoir entendu parler.

La promotion des territoires auprès des internes de la subdivision par les collectivités est l'une des meilleures vitrines. Les différents moyens pour toucher des étudiants sont :

- Présence d'un représentant lors des choix de stage ;
- Contact avec les représentants des étudiants ;
- Organisation de temps de découverte pendant des périodes de stages ;
- Présence d'un représentant lors des forums de l'installation et autres évènements organisés par les représentants des étudiants, à destination des internes ;
- Référencement des aides, des interlocuteurs ainsi que des offres de soins existantes ou à pourvoir sur les sites Internet des internes ou sur les forums étudiants.

L'investissement humain non négligeable demandé aux territoires pour organiser ces temps de présentation est conséquent, mais cela semble être indispensable pour renforcer la dynamique des territoires. Ceux l'ayant éprouvé en connaissent déjà les bénéfices. (8) (9)

## **1.2. Les données régionales, les statistiques de l'installation, les différents aides, les dispositifs pour recrutement**

Afin d'adapter nos données à notre département, nous avons donc audité certains acteurs de terrain tels que le CDOM de l'Orne, l'URML, L'ARS et la Sécurité Sociale Ornaise.

Les indicateurs que nous avons utilisés sont les suivants : les statistiques de l'installation, les différents aides, les dispositifs pour recruter les jeunes médecins.

### **1.2.1. Les informations reçues du Conseil départemental de l'Orne**

Nous avons envoyé un questionnaire par mail, qui a été complété par un contact téléphonique afin d'avoir les statistiques d'installations de médecins généralistes dans la Région Normandie et plus précisément dans l'Orne.

Nous avons aussi essayé de recenser les différentes aides qui étaient mises en place pour favoriser l'installation des jeunes médecins.

L'idée de ce questionnaire était de savoir quel était le mode d'exercice qui prévalait dans le département. Nous espérons pouvoir tirer des données sur les différents lieux d'installation (en ville, en rural, en libéral ou en salarié).

Au décours de cette enquête nous avons obtenus plusieurs informations.

Ainsi, pour le recrutement des médecins, le Conseil départemental de l'Orne fait appel à un cabinet privé de recrutement et il utilise aussi le site internet de l'Ordre des Médecins pour faire la promotion de l'activité médicale. Nous pouvons aussi trouver des annonces des différents postes vacants sur \_\_\_\_\_ .

Ces aides sont attribuées pour les pratiques mixte ou libérale ou hospitalière, il n'y a pas de préférence, donc il n'y a pas de promotion d'un mode d'exercice particulier.

Actuellement le Conseil départemental de l'Orne n'a pas instauré d'aide spécifique pour l'installation des jeunes médecins.

Cependant, il existe des aides pour les internes et les externes en médecine générale, avec en contrepartie une installation de ces futurs professionnels dans l'Orne pendant quelques années.

Il y a deux types d'aides pour les internes et les externes en Médecine Générale :

- Une aide pour l'hébergement,
- Une aide pour le transport.

En ce qui concerne l'hébergement, différentes formules sont disponibles pour les étudiants. Les logements souvent aménagés, soit par les PSLA, soit par les mairies. Voici quelques exemples de logements disponibles dans l'Orne :

➤ Pour l'hébergement :

❖ Lors des stages chez le Praticien il existe différentes solutions d'hébergement sur le lieu de stage :

- Studios dans les PSLA de Domfront, l'Aigle et Mortagne ;
- Certains cabinets médicaux ou maisons médicales peuvent proposer un logement à l'étudiant ;
- Le Conseil départemental, en partenariat avec les communes ornaises concernées et l'Association pour le Logement Temporaire et l'Hébergement d'Alençon mettent à disposition des logements gratuits (hors charges locatives) pour les internes et externes ;
- Il y a aussi la possibilité de logement à l'internat du CHIC des Andaines et, en fonction des disponibilités sur les Maisons des Internes du CHIC Alençon – Mamers.

❖ Lors des stages dans les Centres Hospitaliers :

- Le CHICAM dispose à Alençon d'une capacité de 37 places réparties sur 4 sites dont deux Maisons des internes : l'une rénovée en 2018 par le Conseil départemental de l'Orne comporte 18 places dont 3 studios avec des lieux de vie pour l'ensemble des internes-externes du CHICAM et des internes chez le praticien ; elle est située en bordure de rivière Sarthe, à l'extérieur du Centre Hospitalier et en proximité immédiate du centre-ville et du CHICAM. Le site de Mamers possède 2 studios ;
- Le Centre Hospitalier d'Argentan possède un internat modernisé ;
- Le Centre Hospitalier de Flers a plusieurs sites intra et extra muros ;
- Le Centre Hospitalier du CHIC des Andaines offre un internat de 10 places avec accès possible aux étudiants en stage chez le praticien ;
- Le CMPR de Bagnoles de l'Orne met à disposition un appartement ou une maison.

➤ Pour le transport :

- Badge autoroute A88 du Conseil départemental de l'Orne pour les internes en stage chez le praticien ou dans les Centres Hospitaliers ornais utilisant l'autoroute A 88 incluant la portion Sées – Falaise dans la limite d'un trajet aller-retour par semaine (économie de 60 euros par mois).
- Pour les internes chez le Praticien : il y a une convention avec la Faculté de médecine et Agence Régionale de Santé pour une aide aux transports du 3<sup>ème</sup> cycle avec bourse incitative (200 euros cumulable) vers terrains de stage prioritaires réévalués tous les ans ;
  - Pour les externes en stage chez le Praticien ou en Centre Hospitalier il y a une aide financière du Conseil départemental de l'Orne d'un montant de 200 euros par stage (données août 2019).

### 1.2.2. Les informations reçues du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Orne

Nous avons pris contact avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Orne et nous avons obtenu des données statistiques sur les trois dernières années concernant les installations dans notre département. Les sujets étudiés sont les suivantes :

- Les statistiques des installations dans l'Orne depuis ces trois dernières années (depuis le 02/11/2016).
- Les médecins installés font-ils un exercice mixte ?
- Les médecins installés sont ils maîtres de stage ?
- Combien de MG étrangers sont arrivés et combien sont restés ?
- Quel est le nombre de médecins qui sont partis à la retraite depuis 3 ans, combien ont été remplacés et comment ?
- Est-ce qu'il y a un mode d'exercice particulier qui est favorisé ?
- Quelles sont les différentes aides qui ont été mises en place pour aider à l'installation des jeunes médecins généralistes et ce que ça a apporté ?
- Qu'est-ce qu'il a été mis en œuvre pour attirer les jeunes médecins dans la médecine libérale ?

Par rapport à l'installation dans l'Orne, les données obtenues sont les suivantes :

- En 2016, au 2<sup>ème</sup> semestre il y a eu 4 installations de MG ;
- Pendant l'année 2017, 5 médecins sont installés (dont 5 médecins européens) ;
- Pendant l'année 2018, 2 médecins sont installés (dont 1 médecin européen) ;
- Au 1<sup>er</sup> semestre 2019 : 6 installations (dont 3 médecins européens).

Sur les 9 médecins européens installés ces trois dernières années, 3 sont retournés dans leur pays d'origine.

Aucun de ces professionnels n'avait un exercice mixte, toutes les installations ont été faites en exercice libéral.

Concernant les maîtres de stage à ce jour, il n'existe aucune statistique sur le nombre de MSU avec une activité mixte.

Concernant les départs à la retraite, nous avons eu les informations suivantes :

- entre le 01/07/2016 et le 31/12/2016 : 5 MG sont retraités ;
- entre le 01/01/2017 et le 31/12/2017 : 13 MG sont retraités ;
- entre le 01/01/2018 et le 31/12/2018 : 11 MG sont retraités ;
- entre le 01/01/2019 et le 30/06/2019 : 4 MG sont retraités.

AU TOTAL : 33 médecins sont partis à la retraite.

Concernant les dispositifs d'incitation à l'installation, nous n'avons recensé que des aides proposées par CPAM et à l'ARS Normandie. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Orne n'a pas de données d'installation pour la Normandie, mais la situation est déjà alarmante pour l'Orne.

### 1.2.3. Les informations reçues de l'URML Normandie

Nous avons pris contact avec l'URML Normandie (Union Régionale des Médecins Libéraux) et nous avons abordé plusieurs points sur l'installation des internes. Les questions posées ainsi que les réponses de la part d'URML sont les suivantes :

1. Quels sont les dispositifs proposés pour aider des jeunes à s'installer en MG ?

L'URML nous a informé que des aides conventionnelles sont mises en place. Une nouvelle répartition est définie par l'Arrêté du 4 juillet 2019. Parmi ces aides, le « Contrat d'aide à l'installation des médecins » (CAIM) permet de bénéficier d'une aide financière sous certaines conditions.

2. Quels dispositifs existent pour recruter des jeunes médecins dans les hôpitaux ? Est-ce que l'URML favorise des activités mixtes ou seulement des activités libérales ?

L'URML nous a indiqué que depuis 2019 il existe un dispositif pour le jeune médecin de médecine générale en temps partage ville / hôpital, dans le cadre des 400 postes salariés créés par le gouvernement.

3. Qu'est-ce qu'a été mis en œuvre pour attirer les jeunes médecins vers la médecine Libérale ? Quels sont les moyens et les aides mises à la disposition des étudiants pour une installation réussie ?
4. Quelles sont les différentes aides mises en place pour l'installation des jeunes médecins et qu'est-ce que cela a apporté ?
5. Est-ce qu'il y a une promotion d'un mode d'exercice particulier ?

L'URML nous a indiqué que le texte de la Charte Régionale des PSLA (Pôle de Santé Libéraux Ambulatoires) répond largement à nos questions.

Donc, depuis 2008, une politique régionale de déploiement des Pôles de Santé Libéraux Ambulatoires a été initiée par l'URML Normandie et partagée aussi par l'ARS et la région Normandie dans le but de promouvoir l'exercice coordonné.

Les départements du Calvados, de la Manche, de l'Orne, de l'Eure et de la Seine Maritime se sont engagés pour favoriser et inciter à l'exercice de la médecine en territoire rural, pour la démographie médicale et pour l'aménagement équilibré des territoires.

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins et les représentants de l'État sur les territoires ont adhéré à la dynamique initiée.

Donc, cette volonté d'interventions coordonnées s'est traduite par la signature le 27 juin 2008 de la première « Charte Partenariale Régionale sur l'Offre de Soins Ambulatoire et sur le Déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires en Basse-Normandie » par Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative et l'ensemble des partenaires régionaux et départementaux impliqués dans la démarche.

Pour soutenir et accompagner cette démarche désormais normande, une nouvelle évaluation externe de la Charte bas-normande avait été réalisée en 2016. Cette évaluation confirme que cette organisation, unique en France, a produit des effets incontestables en matière de maintien et de croissance de la démographie médicale avec un nombre d'installation en augmentation.

La Charte Partenariale Régionale sur l'offre de soins ambulatoires et sur le déploiement des Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires en Normandie a été signée pour la période de 2017 – 2020. Elle vise à mettre en œuvre de manière concertée les objectifs et les actions partenariales.

Les objectifs généraux :

- Garantir l'accès à des soins de proximité pour la population normande ;
- Consolider l'offre de soins actuelle ;
- Développer un mode d'exercice novateur et attractif pour les professionnels de santé ;
- Favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans les territoires déficitaires ou en voie de fragilisation ;
- Contribuer à la réponse aux besoins de santé publique à travers la déclinaison régionale des orientations nationales et à travers la mise en œuvre des priorités propres à la région ;
- Contribuer à la politique d'aménagement des territoires et pérenniser l'offre de soins locale en créant les conditions d'une organisation structurée ;
- Valoriser l'action régionale et ses effets sur l'offre de soins de proximité par le biais d'une évaluation continue.

Les objectifs opérationnels :

- Amener les médecins généralistes à devenir maîtres de stage agréés ;
- Favoriser le développement de lieux de stage pour les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycles en lien avec les Facultés de médecine des Universités ;
- Participer à des actions et programmes de recherche clinique nationaux et régionaux.

Pour aider les médecins à l'installation, un PSLA est une organisation cohérente s'articulant avec l'ensemble des ressources identifiées des champs sanitaire, médico-social et social d'un territoire géographique déterminé et dans le bassin de vie :

- L'objectif du PSLA est de réaliser une unité fonctionnelle avec la possibilité de se décliner en site principal ou en multi-sites ;
- Permettant, sur la base du volontariat, d'associer et de regrouper des professionnels de santé libéraux, voire des collaborateurs salariés et salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux ;
- Assurant des soins de médecine de proximité (1<sup>er</sup> et 2<sup>nd</sup> recours) en zone rurale, semi-rurale ou urbaine, avec possibilité d'accès à un plateau technique spécialisé.

Un projet de santé est défini à l'échelle du territoire identifiant des actions pertinentes et adaptées relevant des soins de proximité (1<sup>er</sup> recours et 2<sup>nd</sup> recours) répondant aux besoins et aux demandes de la population du territoire.

Les objectifs du projet sont :

- Réduire les inégalités territoriales de santé en misant sur une approche transversale et non plus sectorielle des besoins de santé ;
- Assurer un meilleur accès effectif aux soins de 1<sup>er</sup> recours et organiser l'accès aux soins de 2<sup>nd</sup> recours ;
- Optimiser le parcours de santé par une meilleure collaboration entre secteurs (médical, médico-social, social), entre professionnels et entre établissements.

Sur la base du diagnostic des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales et des besoins de santé identifiés et partagés, le projet de santé s'articule autour de quatre principaux enjeux :

- Assurer la continuité des soins ;
- Développer la coordination des soins de proximité ;
- Identifier les problèmes de santé prioritaires et proposer des actions de prise en charge ;
- Participer à la pérennité de l'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours par le biais de la formation (maître de stage).

Il peut également prévoir des actions de prévention, une implication dans la recherche clinique, la participation à la veille sanitaire et à l'épidémiologie.

Le projet de santé se décline sous la forme d'un projet professionnel, qui définit les modalités d'organisation choisies par les professionnels pour répondre aux enjeux identifiés et notamment aux besoins de santé de la population. Afin d'assurer la pérennité des soins, le projet professionnel détaille les moyens mis en œuvre pour faciliter l'accueil de professionnels de santé en formation. Le développement de la maîtrise de stage et la mise à disposition d'un logement doté des fonctionnalités nécessaires sont notamment requis.

Par ailleurs, la participation à des programmes de recherche clinique est recommandée.

Le bassin de vie, défini par l'activité économique locale et les mouvements habituels de la population constitue en terme de territoire le bon niveau de réflexion et de propositions, tant du point de vue démographique que socio-économique. Il s'inscrit prioritairement dans le territoire d'un Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI).

Le PSLA ainsi défini permet d'assurer la transition entre l'exercice professionnel d'aujourd'hui et celui de demain, favorisant par ailleurs des possibilités de remplacement et de succession.

En consolidant l'offre de service de santé existante et en créant une dynamique locale entre usagers, élus et professionnels, le PSLA constitue un élément fort de la politique d'aménagement du territoire.

Les Facultés de Médecine de l'Université de Caen et de l'Université de Rouen s'engagent à apporter un soutien pédagogique aux actions visant à favoriser l'exercice dans les pôles de santé libéraux et ambulatoires, à la promotion de l'exercice pluridisciplinaire coordonné et regroupé, ainsi que celle de la recherche en soins primaires, de l'organisation des soins. Par ailleurs, les Universités ont en charge la formation des maîtres de stage.

L'URML œuvre pour la dynamisation du monde libéral. Elle œuvre préférentiellement sur l'installation des jeunes en libéral toujours en préservant le lien ville-hôpital, qui est nécessaire pour la prise en charge des patients et la cohérence de parcours de soins.

L'URML a aussi travaillé sur la sécurisation des données en déployant le logiciel APICRYPT qui permet les échanges entre les professionnels libéraux et hospitaliers.



#### 1.2.4. Les informations reçues de l'ARS

À la suite de notre mail envoyé au service de l'ARS, elle nous a répondu que le dispositif pour recruter les jeunes médecins dans les hôpitaux c'est le dispositif **400MG**, le seul dispositif mis en place pour l'activité mixte. L'ARS nous a confirmé qu'elle favorise tout type d'activité : les activités libérales, mixtes ou hospitalières.

Pour l'activité mixte en Normandie, le premier volet propose un minimum de 14 postes à exercice partagé ville/hôpital, destinés à des médecins recrutés en tant que praticiens hospitaliers contractuels à temps partiel, leur autre mi-temps étant assuré en ambulatoire dans une zone sous-dense ou un quartier prioritaire de la ville (31/07/2019). (25)

Ces postes mixtes ville / hôpital offriront de nouvelles opportunités aux jeunes médecins généralistes, en leur permettant d'affiner progressivement leur projet professionnel dans un cadre souple et sécurisant. Ils seront également un vecteur de renforcement du partenariat entre les établissements de santé et les structures ambulatoires.

Les lieux d'exercice partagé identifiés dans l'Orne sont : Argentan, Mortagne-au-Perche et Vimoutiers. Les autres lieux d'exercices identifiés en Normandie sont : Avranches-Granville, Barentin, Cherbourg, Coutances, Evreux, Fécamp, Flers, Gisors, Gournay-en-Bray, Honfleur, Le Havre, Le Neubourg, Lillebonne, Pontorson, Verneuil, et Vire.

Pour l'activité hospitalière en Normandie, le 2<sup>ème</sup> volet du dispositif « **400 MG** » soutient la création de 9 postes de médecins salariés en zone sous-dense ou quartier prioritaire de la ville, grâce à l'octroi d'une aide à l'équipement, d'une garantie financière et d'un accompagnement technique à des employeurs de différentes natures (collectivités territoriales, centres hospitaliers, centres de santé mutualistes...). Il s'agit de répondre aux aspirations de salariat exprimées par la jeune génération de médecins et d'apporter un soutien plus marqué aux projets de création de centres de santé qui émergent sur les territoires frappés par la désertification médicale. (26)

Actuellement, les lieux d'exercice salarié identifiés sont à Alençon, à Cherbourg et à Putanges.

Le programme « **Ma santé 2022** » il s'agit d'un engagement collectif, qui propose 200 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/ hôpital. C'est un programme pour le jeune généraliste qui souhaite découvrir les différentes facettes de son métier pour déterminer son projet professionnel. L'ARS et l'université proposent donc un contrat de 2 ans « en exercice mixte ». Donc, le jeune médecin passe une partie de la semaine dans un établissement de santé et une autre partie dans un cabinet libéral ou une maison de santé ou un centre de santé située dans une zone sous-dense (28).

D'un côté, le jeune médecin conserve un pied dans l'hôpital et il aide à améliorer concrètement le lien entre la médecine de ville et l'hôpital, et de l'autre côté, il découvre l'exercice ambulatoire sans avoir à sauter le pas de l'installation et il contribue au renforcement de l'offre médicale dans les territoires qui en ont le plus besoin (28).

A l'issue de deux ans, le jeune médecin choisit d'exercer soit en ville soit au sein d'un hôpital, en fonction de ses préférences.

#### **1.2.4.1. Le dispositif « 400 MG »**

Le 18 septembre 2018, le Président de la République s'est engagé à ce que « 400 postes supplémentaires de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital puissent être financés et envoyés dans les territoires prioritaires, salariés par le centre hospitalier de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations ».

Cette annonce présidentielle s'est concrétisée par la suite par la création du dispositif dit « 400 médecins généralistes » qui a pour objectif d'apporter une réponse immédiate au problème d'accès aux soins retrouvé dans certains territoires et dont les modalités de mise en œuvre ont été précisées par l'instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019.

Il s'agit d'une mesure prioritaire de la stratégie « Ma Santé 2022 ».

##### **1.2.4.1.1. Le volet 1 : les médecins à exercice partagé ville/hôpital**

400 Médecins : Volet 1 - jeune médecin de médecine générale en temps partagé ville/hôpital

Le volet 1 s'adresse prioritairement, mais pas exclusivement, aux internes ayant validé durant l'année, c'est-à-dire aux internes qui termineront leur internat soit en mai soit en novembre 2019.

##### **1.2.4.1.1.1. Les types de contrats possibles pour l'exercice partagé ville/hôpital**

Les types de contrats qui peuvent être proposés pour l'exercice partagé à l'hôpital et le régime indemnitaire sont agréés en fonction du temps travaillé effectivement, noté en demi-journées.

Différentes possibilités peuvent être offertes au médecin généraliste pour son exercice à l'hôpital :

- S'il l'exerce dans un établissement de santé public : il lui sera proposé le statut de praticien contractuel rémunéré sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers au 2<sup>ème</sup> échelon soit :
  - 30 245,59 euros bruts annuels pour un temps partiel à 60% (6 demi-journées hebdomadaires)
  - 25 204,66 euros bruts annuels pour un temps partiel à 50% (5 demi-journées hebdomadaires)
  - 20 163,72 euros bruts annuels pour un temps partiel à 40% (4 demi-journées hebdomadaires)
- S'il l'exerce dans un établissement de santé privé : le recrutement se fera selon un statut et un niveau de salaire déterminé par l'établissement, pour un temps partiel fixé entre 40 et 60%. L'ARS financera un montant équivalent au salaire super-brut, mais ce financement ne pourra pas être supérieur à celui utilisé dans les établissements de santé publics (statut de praticien hospitalier contractuel au 2<sup>ème</sup> échelon), par souci d'équité entre les deux types d'établissements.

Le financement comprend dans les deux cas un taux de charges patronales équivalent à 44% du brut salarié. Il est possible de proposer aux jeunes médecins des contrats d'une durée maximum de 3 ans (article 6152-402 du code de la santé publique).

Ceux-ci sont renouvelables une fois.

Toutefois, le financement MERRI (Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) est prévu et accordé pour une durée de deux ans : la troisième année devra donc être financée soit par l'ARS sur son FIR (le Fonds d'intervention Régional) soit par l'établissement de santé employeur comme pour un poste de PH contractuel « classique ».

#### 1.2.4.1.1.2. Les types de statuts possibles en ville

Plusieurs statuts sont possibles pour le jeune médecin en ville, selon son choix :

- Si le jeune médecin choisit d'exercer en **libéral**, plusieurs modes d'exercice lui sont possibles :

##### ➤ L'installation libérale

Le médecin exerce en tant que libéral conventionné et donc, il facture lui-même ses actes. Il bénéficie de l'ensemble des avantages conventionnels (participation à la prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1, ROSP, forfait structure, forfait patientèle etc.).

- S'il est installé dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) et qu'il y exerce au moins 2 jours et demi par semaine, il est éligible au contrat démographie d'aide à l'installation (CAIM). Celui-ci est proratisé (en fonction du temps d'activité en libéral). Il pourra être éligible au contrat démographie pour le maintien en zone sous dense-COSCOM.
- S'il est installé dans une zone d'action complémentaire (ZAC), il est éligible au contrat PTMG, également proratisé en fonction du temps d'activité.

En revanche, il faudrait savoir que bénéficier de ces différents avantages pendant deux années d'exercice partagée (aide démographique et PTMG) implique d'y renoncer pour l'avenir.

##### ➤ Le statut de médecin assistant

Le recours au statut de médecin assistant peut s'avérer adapté aux jeunes médecins qui ne souhaitant pas franchir le pas d'une première installation en libéral.

Le médecin assistant exerce sous la responsabilité d'un autre médecin, sans être conventionné, et perçoit une rétrocession des honoraires de ce dernier.

Ce statut ne correspond pas à une première installation : le médecin assistant n'est donc pas éligible aux dispositifs d'aide à l'installation tels que le CAIM ou le contrat PTMG. Il en préserve en revanche le bénéfice pour l'avenir.

Le recours à ce statut est soumis à l'autorisation du CDOM pour une période de 3 mois renouvelable ; diverses solutions sont à l'étude avec le CDOM pour alléger cette formalité dans le cadre du dispositif « 400 médecins ».

- Si le jeune médecin choisit d'exercer sous un **statut salarié** (en centre de santé ou en contrat de collaboration) : il s'agira d'un contrat de travail à temps partiel.

Le choix d'un passage d'un contrat à durée déterminée (CDD) à contrat à durée indéterminée (CDI) est possible à l'issue de deux ans : il s'effectuera donc selon la proposition du centre de santé et aussi selon le projet professionnel exprimé par le jeune médecin (avec signature le cas échéant d'un avenant au contrat pour faire évoluer le temps de travail à l'issue des 2 ans d'exercice partagé).

#### 1.2.4.1.1.3. La rémunération

La rémunération des jeunes médecins reposera sur deux composantes :

- Une rémunération de la partie mi-temps hospitalière (cf. supra) sur la base des émoluments des praticiens hospitaliers au 2<sup>ème</sup> échelon. Cette rémunération sera pondérée en fonction du temps passé à l'hôpital (6, 5 ou 4 demi-journées).
- Une rémunération des actes effectués durant l'exercice libéral qui sera, par définition, variable.

S'il choisit de s'installer, le jeune médecin sera éligible donc au contrat PTMG pour son exercice libéral afin de lui offrir une garantie de ressources de 6 900 euros bruts par mois.

Il lui faudra dans ce cas remplir certaines conditions :

- ne pas être encore installé ou depuis moins d'un an,
- pratiquer les tarifs du secteur 1 de la sécurité sociale,
- justifier d'une activité minimale de 165 consultations par mois.

Par exemple : la rémunération d'un médecin à exercice partagé ville/hôpital exerçant dans un établissement public et bénéficiaire d'un contrat de PTMG pourra être décomposée comme indiqué dans le tableau 1 :

Tableau 1 : La rémunération d'un médecin à exercice partagé ville/hôpital

	<b>Rémunération hospitalière</b>	<b>Rémunération en libéral bénéficiaire d'un contrat PTMG</b>	<b>Total</b>
<b>Exercice hospitalier à 40%</b>	1680 euros bruts mensuels	3450 euros bruts mensuels	5130 euros bruts mensuels
<b>Exercice hospitalier à 50%</b>	2100 euros bruts mensuels	3450 euros bruts mensuels	5550 euros bruts mensuels
<b>Exercice hospitalier à 60%</b>	2520 euros bruts mensuels	3450 euros bruts mensuels	5970 euros bruts mensuels

#### **La répartition du temps à l'hôpital et en ambulatoire :**

Le statut de praticien contractuel offre une souplesse dans la répartition du temps du jeune médecin entre l'hôpital et la structure ambulatoire : il peut exercer à l'hôpital à 40%, 50% ou 60% selon le projet médical qui sera établi entre l'établissement de santé et la structure ambulatoire et, selon son projet professionnel (s'il se destine à une installation en libéral, il conviendra naturellement de privilégier l'exercice en ville et inversement).

Le financement versé à l'établissement de santé est proratisé au pourcentage du temps de travail effectué en hospitalier.

#### 1.2.4.1.1.4. Les cotisations à acquitter pour l'activité libérale :

Le jeune médecin optant pour le statut libéral, doit s'acquitter du paiement de cotisations sociales de droit commun dû au titre des régimes obligatoires (maladie, famille et vieillesse).

S'il s'installe ou exerce comme collaborateur libéral, conformément aux dispositions de la convention médicale, il va bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire d'une partie de ses cotisations sociales dues sur son revenu libéral issu de son activité conventionnée.

Les taux de cotisations sociales auquel il sera assujéti dans la cadre d'une activité libérale régulière sont récapitulés, à titre indicatif, dans le tableau 2 :

Tableau 2 : Les taux de cotisations sociales

Médecins de secteur 1 (revenu conventionné)	Taux ou montants de cotisations de droit commun	Prise en charge par l'assurance maladie	Taux ou montants des cotisations effectivement dues pour un revenu de 40 524 € (1PASS)
Cotisation d'assurance maladie	6,50%	6,40%	0,10%
Cotisation d'allocations familiales [1]	entre 0% et 3,1% selon revenu	prise en charge de 100%, 75% ou 60% de la cotisation selon le revenu	0%
Cotisation régime obligatoire vieillesse dont :			
base [2]	10,10%	2,15%	7,95%
complémentaire [3]	9,80%	-	0%
prestation complémentaire vieillesse [4]	5073 € + 3,6%	3382 € + 2,4%	1691 € + 1,2%
Invalidité/décès [5]	631 €	-	631 €
CSG-CRDS	9,70%	-	9,70%

<sup>1</sup> Taux de 0% pour un revenu inférieur à 110 % PASS, taux croissant entre 0% et 3.10% pour un revenu compris entre 110% et 140% du PASS et de 3.10% au-delà

<sup>2</sup> Prise en charge AMO à compter de 2019 à hauteur de 2,15 % pour les revenus < 56 734 (140% du PASS), 1,51% entre 140% et 250% du PASS, 1,12% au-delà dans le cadre du dispositif compensatoire de la hausse de la CSG (avenant 5 à la convention médicale de 2016)

<sup>3</sup> Taux tenant compte de la dispense de cotisation vieillesse complémentaire CARMF les deux premières années d'affiliation pour les médecins âgés de moins de 40 ans

<sup>4</sup> Exonération possible de cotisations pour les revenus inférieurs à 12 500 € de revenus

<sup>5</sup> Cotisation forfaitaire de 631 € pour un revenu inférieur au PASS

### **1.2.4.1.2. Le volet 2 : les médecins généralistes salariés**

400 Médecins : Volet 2 - médecin de médecine générale salarié en centre de santé ou en établissement de santé. En Normandie, le 2<sup>ème</sup> volet du dispositif « 400 MG » soutient la création de 9 postes de médecins salariés en zone sous-dense ou quartier prioritaire de la ville, grâce à l'octroi d'une aide à l'équipement, d'une garantie financière et d'un accompagnement technique à des employeurs de différentes natures (collectivités territoriales, centres hospitaliers, centres de santé mutualistes...).

#### **1.2.4.1.2.1. Les territoires** concernés par ce dispositif (le volet 2) et à quoi correspond le « constat de carence »

Plusieurs types de territoires sont concernés par ce dispositif : les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les zones d'actions complémentaires (ZAC), ainsi que les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) que ces derniers soient ou pas situés dans une ZIP ou bien dans une ZAC.

Que le territoire soit une ZIP, une ZAC ou un QPV n'est pas suffisant pour être concerné par le dispositif. Il doit également faire l'objet d'un « constat de carence » partenarial.

L'objectif donc est en effet de cibler parmi les zones sous-denses les territoires au sein desquels l'accès aux soins est le plus menacé afin que l'implantation d'un médecin salarié ne soit pas perçue comme une concurrence déloyale par les médecins libéraux installés dans cette zone.

La carence est définie par un double critère :

- Une insuffisance d'offre de médecine générale par rapport aux besoins : le territoire rencontre des difficultés importantes en matière d'accès aux soins ;
- L'absence ou l'insuffisance de projets ou d'initiatives de nature à répondre à ces difficultés à court ou moyen terme (il n'y a pas de leader professionnel identifié) : le recensement des « territoires atones » effectué dans le cadre du plan d'accès aux soins peut constituer pour les ARS une première base de travail.

#### **1.2.4.1.2.2. Les types de structures pouvant candidater au dispositif**

Plusieurs types de structures sont éligibles au volet 2 du dispositif :

- Toute personne morale autorisée par la loi à gérer un centre de santé :
  - Les organismes à but non lucratif tels que des associations (par exemple : associations de patients, associations caritatives...), les mutuelles ou des organismes locaux de sécurité sociale (certaines caisses locales de la MSA se déclarent par exemple prêtes à s'engager dans le dispositif).
  - Les collectivités territoriales (il faudrait veiller alors à privilégier les projets portés à l'échelle intercommunale ou départementale afin d'éviter d'attiser les concurrences territoriales)
  - Les établissements publics ou privés de santé : la gestion du centre de santé doit demeurer non lucrative.
  - Les sociétés coopératives d'intérêt collectif (statut *ad hoc* permettant la participation des patients et des professionnels de santé eux-mêmes à la gouvernance du centre).
- Un établissement de santé s'engageant à recruter un médecin généraliste affecté à un exercice strictement ambulatoire.
- Un médecin libéral s'engageant à recruter un médecin généraliste dans le cadre d'un contrat de collaboration salariée. Un cabinet libéral (SCM, SEL) salariant un médecin généraliste ne peut pas en revanche en bénéficier.

### **1.2.4.1.2.3. Le recrutement des médecins généralistes**

Quels sont les médecins ciblés par le dispositif ?

Le volet 2 du dispositif s'adresse à une population plus large que le volet 1 :

- Les jeunes médecins terminant leur internat en mai ou en novembre 2019 (à condition obligatoire qu'ils aient soutenu leur thèse) ;
- Les médecins exerçant comme remplaçants, hésitant à sauter le pas de l'installation et susceptibles d'être attirés par le confort d'exercice qu'offre le salariat ;
- Et enfin, les médecins en exercice libéral isolé, en difficulté dans leur exercice actuel (surcharge de travail, isolement, contraintes familiales...).

Le recrutement du médecin sera conditionné absolument par le choix de candidats « non installés en zone sous-dense ». Cette condition doit toutefois être appréciée avec souplesse, notamment dans le cas où le recrutement sur un poste salarié permet de stabiliser un médecin isolé en grande difficulté.

### **1.2.4.1.2.4. Les types de contrat pouvant être proposés au médecin salarié**

Le médecin généraliste est salarié du centre de santé, de l'établissement de santé ou d'un médecin libéral. Il touche donc un salaire fixe, indépendamment du nombre et du montant de ses actes.

Le contrat à durée déterminée (CDD) ou à durée indéterminée (CDI) peut être proposé selon le choix du gestionnaire :

- Le CDD (par exemple un CDD de 2 ans) pourra ici être privilégié lorsque la structure gestionnaire dispose d'une surface financière limitée (cas d'une collectivité locale ou d'un médecin par exemple) : dans le cas d'un déficit financier persistant, cela permettra de mettre fin facilement au dispositif à l'issue de la période des 2 ans de versement de la garantie, sans verser d'indemnités de rupture de contrat (la prime de précarité devra en revanche être versée).
- Le CDI en revanche, devra en revanche être privilégié lorsque la structure gestionnaire est en capacité d'assumer sur ses fonds propres un éventuel déséquilibre financier à l'issue des 2 ans. Afin d'assurer la sécurité juridique du recrutement (les cas de recours au CDD étant limités par la loi) et aussi d'accorder au médecin une plus grande sécurité de l'emploi, ce qui renforcera l'attractivité du poste proposé.

### 1.3. Les aides possibles pour l'installation des médecins dans l'Orne :

En consultant les sites Internet et après avoir contacté des mairies, nous avons trouvé des postes proposés dans différents lieux d'activité dans l'Orne. Nous avons recensé les aides possibles proposées et nous avons exposé les informations reçues pour chaque ville :

- Alençon :
  - offre du Centre Municipal de Santé pour 3 postes de Médecins Généralistes, 1 Médecin de prévention et 1 médecin PMI, sans autres informations par apport aux aides mises en place ;
  - offre du Centre Hospitalier : 1 poste de Médecin généraliste, 1 Praticien à temps plein en neurologie et 1 praticien à temps plein en pneumologie.
- Saint-Denis-sur-Sarthon offre d'un poste de Médecin Généraliste dans la Maison Médicale :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC).
- Céaucé offre d'un poste de Médecin Généraliste dans la Maison Médicale :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Possibilité de logement.
- Saint-Georges-des-Groseillers recherche un médecin généraliste pour remplacement fixe le mercredi et vendredi. Possibilité d'exercice sous un contrat de médecin collaborateur. Recherche pour septembre un médecin généraliste en médecin collaborateur, médecin adjoint ou assistant dans un Cabinet médical (Projet de maison médical en 2019) :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  - Possibilité de logement.
- Messei : deux médecins généralistes à la Maison de santé collaborateur :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  - Logement mis à disposition gratuitement avec un pavillon pouvant être réservé à l'arrivée d'un médecin ;
  - Fiers Agglo propose un service facilitant l'installation de médecins et professionnels de santé sur le territoire : mise en relation crèches /écoles/professionnels de l'immobilier/emploi du conjoint.
- Mortagne au Perche, offres du centre Hospitalier : 1 Médecin hospitalier aux Urgences et Médecine, 1 Médecin Polyvalent gériatrique, 1 Médecin en Soins de suite et réadaptation, 1 Médecin urgentiste, sans aides mises en place.



- Bagnoles de l'Orne Normandie : deux médecins généralistes :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC).
  
- Briouze, offre un poste pour un médecin généraliste dans une Maison médicale :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).
  
- L'Aigle : un médecin généraliste pour association (SCM-SISA) dans un Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA) :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).
  
- Le Merlerault : recherche à échéance de 3 mois un médecin généraliste (médecin adjoint, assistant libéral, remplacement régulier, jours fixes à raison d'un ou deux jours par semaine) dans un cabinet médical :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).
  
- Tourouvre au Perche : 1 médecin généraliste pour succession d'un cabinet indépendant en offrant :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Prise en charge par la commune de l'eau, électricité et ménage ;
  - Projet de construction de Maison médicale sur la commune de Tourouvre au Perche.
  
- Passais Villages : 1 médecin généraliste en remplacement régulier ou médecin adjoint ou médecin thèse dans une maison médicale :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Dans 4 ans cession du cabinet gratuitement + du matériel.

- Vimoutiers : un médecin généraliste dans cabinet médical pour remplacements réguliers, assistant ou collaborateur avec possibilité de transmission progressive activité sur 2018. Possibilité migration et installation dans Pôle de Santé Libéral Ambulatoire en 2019 :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  
- Flers : 1 médecin généraliste pour médecin adjoint, collaborateur ou associé dans un groupement médical avec possibilité de migration et installation dans un pôle médical en 2019 :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  
- Le Mêle-sur-Sarthe : 1 médecin généraliste dans maison médicale :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Clientèle + matériel à disposition
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  
- Domfront en Poirais : 1 médecin généraliste ou 1 Médecin adjoint (sans thèse) ou 1 assistant dans un Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA), pour remplacement régulier et/ou collaboration à mi-temps – mercredi-jeudi-vendredi ou jeudi-vendredi uniquement :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP) ;
  - Aide au logement
  
- La Ferté-Macé : 2 médecins généralistes dans un Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA). Statut : associé, assistant, collaborateur ou médecin adjoint (Disponibilité immédiate) :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - une aide forfaitaire à l'investissement encourageant le regroupement de 2 500 €/an pour les médecins membres d'un pôle de santé.
  - une aide à l'activité plafonnée à 5% (C et V) plafonnée à 10 000 €/an pour les médecins en pôle de santé libéral ambulatoire.
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Intérêt Prioritaire (ZIP)

- Rives d'Andaine : 1 médecin généraliste dans une maison médicale (disponibilité immédiate) :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Gratuité pendant 6 mois du loyer et du local professionnel
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  
- Athis Val de Rouvre : 1 médecin généraliste dans une maison médicale (disponibilité immédiate) :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;
  
- Le Sap-en-Auge : 1 médecin généraliste (médecin adjoint, assistant, collaborateur, en remplacements réguliers) pour un cabinet disponible dans une maison médicale de Santé :
  - Installation / reprise : prêt d'honneur Santé : 15 000 € maximum, remboursables sur une durée de 24 à 60 mois ;
  - Gratuité du loyer pour le studio pendant 6 mois
  - Commune classée en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) ;
  - Commune classée en Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ;

Toutes les offres d'exercice ont décrit leur description d'activité avec +/- d'équipement mise en place, l'environnement de la commune, l'environnement médical et paramédical dans la Commune et à proximité de la Commune et les aides possibles ainsi que le contact.

#### 1.4. Mon expérience personnelle et mes motivations pour ce travail

Durant mon stage chez le Praticien, j'ai eu l'opportunité d'être baignée dans la réalité du terrain et vivre en direct les attentes des patients sur les 2 fronts. J'ai passée 6 mois avec 2 MDS dont l'un des médecins pratique une activité mixte.

Le 1<sup>er</sup> médecin pratique une activité exclusivement libérale avec une expertise particulière en ostéopathie et mésothérapie.

Le 2<sup>ème</sup> médecin, ma directrice de Thèse, est maitre de stage et a une activité mixte. Elle travaille comme médecin généraliste dans un cabinet de ville (où elle exerce une activité exclusivement libérale) et elle a une autre activité mi-temps hospitalière (PH contractuel dans un CH (ex-Hôpital Local) qui comporte 30 lits en SSR, Médecin coordonnateur en EHPAD, Présidente de la CME, ...).

Je travaillais une semaine sur deux avec chaque MDS, 6 demi-journées par semaine. Durant mon stage, j'ai eu l'opportunité d'être baignée dans la réalité du terrain et vivre en direct les attentes des patients sur les 2 fronts.

Les avantages d'un stage mixte sont :

- avoir un salaire fixe et de diminuer les charges en libéral ;
- garder un pied dans l'hôpital et de diversifier sa pratique ;
- garder le contact avec les collègues spécialistes ;
- pouvoir aider à gérer la pénurie de médecins hospitaliers ;
- renforcer le lien ville-hôpital (connaître les confrères, connaître le réseau et le tissu médico-social...).

J'ai pu me rendre compte de la différence entre les 2 métiers.

Le monde hospitalier favorise ce travail d'équipe beaucoup plus organisé et doté en moyens, alors que le monde libéral qui est un monde plus près des malades dans leur lieu de vie. C'est un métier de diversité dans quel on passe de l'enfance à la gériatrie et par la médecine adulte, en touchant toutes les spécialités médicales et chirurgicales.

C'est une réelle plus-value de connaître le malade à son domicile et à l'hôpital. Finalement, nous sommes obligés de mieux connaître les parcours de soins pour une prise en charge optimale. Effectivement, c'est très prenant et chronophage, et ça reste très intéressant sur le plan intellectuel et professionnel.

Pour moi comme étudiante, cette expérience m'a permis de me mettre en situation et d'apprendre certains actes techniques, et surtout, d'apprendre à me débrouiller dans une ville avec peu de moyens, alors qu'à l'hôpital nous avons facilement accès au plateau technique, ce qui nous rend très prescripteurs.

C'est une réelle plus-value de connaître le malade, à son domicile et à l'hôpital.

Finalement, nous sommes obligés de mieux connaître les parcours de soins pour une prise en charge optimale. Effectivement c'est très prenant et chronophage, mais ça reste très intéressant sur le plan intellectuel et professionnel.

En faisant la revue de la littérature, nous ne trouvons pas beaucoup de données sur cet item. L'avenir aujourd'hui avec la télémédecine pourra conforter ce type d'exercice toujours dans ces zones sous dotées en rapport avec les PSLA.

À la suite de cette expérience j'ai eu l'idée de travailler sur l'influence de ce mode d'exercice sur l'installation de jeunes médecins.



## 2. LA DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

### 2.1. METHODOLOGIE

#### 2.1.1. Questionnaire : méthodologie

Nous avons réalisé un questionnaire divisé en 4 parties.

La première partie repose sur des questions d'ordre général afin d'identifier et de caractériser la population interrogée et leur lieu de stage.

La deuxième partie évalue la motivation des internes en médecine générale et l'organisation de stage.

La troisième partie évalue les satisfactions des internes, leurs inconvénients et les améliorations à apporter à leurs formations.

Enfin, en dernière partie, nous avons demandé aux internes quel était leur désir d'installation à la suite de l'expérience acquise chez le praticien. Nous souhaiterions savoir s'ils étaient intéressés de pratiquer en ville, à l'hôpital ou en mixte et quelle était leur motivation pour le choix de leur future installation.

#### 2.1.2. Diffusion

La diffusion de notre questionnaire, a été faite sur le lien <https://enquetes.unicaen.fr/index.php/753563?lang=fr>, après la validation par le Guichet d'Orientation de la Faculté de CHU de Caen. Ce questionnaire nous a permis de recueillir les données de manière anonyme mais nous avons laissé aussi la possibilité d'avoir des informations nominatives (en envoyant un mail) pour les internes qui étaient intéressés de recevoir ce mémoire.

Notre questionnaire de thèse a été envoyé à Madame Noémie JARDIN, la gestionnaire de la scolarité de 3<sup>ème</sup> cycle de médecine générale à Caen, pour la diffusion.

Ainsi ce questionnaire a été envoyé à **140** internes en médecine générale en cours d'internat ou qui ont terminé les études et ayant effectué au moins un stage dans l'Orne durant ces trois dernières années.

Après une analyse des tableaux des postes d'internes, nous avons constaté que 7 internes ont reçu 2 fois notre questionnaire (6 internes ont réalisé deux fois le stage dans l'Orne (Praticien de 1<sup>er</sup> niveau et le SASPASS, et 1 interne a doublé le stage de 1<sup>er</sup> niveau dans l'Orne) donc un maximum de **133** des réponses attendues.

La première diffusion du questionnaire a été réalisée le 16 juillet 2019 et une « relance » a été demandée le 20/08/2019 (à la réouverture de la scolarité de l'UFR).

La clôture des réponses au questionnaire a eu lieu le 31/08/2019.

#### 2.1.3. Inclusion

Nous avons inclus toutes les 30 réponses données par les internes de médecine générale qui ont réalisé leur stage mixte chez le praticien dans l'Orne.

#### 2.1.4. Population cible

L'étude était destinée aux internes en médecine générale en cours d'internat ou qui ont terminé les études et ayant effectué au moins un stage dans l'Orne durant ces trois dernières années. La réelle cible du questionnaire étant les internes de médecine générale accueillis sur un terrain de stage mixte chez le praticien dans l'Orne.

#### 2.1.5. Dates et chiffres

Dans l'Orne on compte aujourd'hui 40 Maîtres de stage de 1<sup>er</sup> niveau et 10 Maîtres de stage de 2<sup>ème</sup> niveau (SASPAS), dont 5 Maîtres de stage sont de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> niveau et ils ont la possibilité de recevoir 2 internes par stage.

Depuis le 02/11/2016 jusqu'au semestre en cours (du 2 mai au 3 novembre 2019), les stages chez le Praticien de **1<sup>er</sup> niveau** n'ont pas été choisis à 100%. Nous avons trouvé aussi des internes qui ont refait le stage 1<sup>er</sup> niveau.

La proposition pour les postes de stage chez le praticien de 1<sup>er</sup> niveau a été répartie de manière suivante :

- du 2 novembre 2016 au 30 avril 2017 ont été proposés 12 postes ;
- du 2 mai au 1<sup>er</sup> novembre 2017 ont été proposés 12 postes ;
- du 2 novembre 2017 au 1<sup>er</sup> mai 2018 ont été proposés 11 postes ;
- du 2 mai au 4 novembre 2018 ont été proposés 13 postes ;
- du 5 novembre 2018 au 1<sup>er</sup> mai 2019 ont été proposés 9 postes ;
- du 2 mai au 5 novembre 2019 ont été proposés 11 postes dont 7 ont été choisis par les internes pour réaliser le stage chez le praticien de 1<sup>er</sup> niveau et 4 postes n'ont pas été choisis.

Depuis le 02/11/2016 jusqu'au début du semestre en cours (du 2 mai au 3 novembre 2019), les postes de stage en **SASPASS** sont choisis à 100%. Le nombre de postes proposés est réparti de la manière suivante :

- du 2 novembre 2016 au 30 avril 2017 ont été proposés 3 postes ;
- du 2 mai au 1<sup>er</sup> novembre 2017 ont été proposés 3 postes ;
- du 2 novembre 2017 au 1<sup>er</sup> mai 2018 ont été proposés 5 postes ;
- du 2 mai au 4 novembre 2018 ont été proposés 5 postes ;
- du 5 novembre 2018 au 1<sup>er</sup> mai 2019 ont été proposés 5 postes ;
- du 2 mai au 5 novembre 2019 ont été proposés 4 postes.

Pour la réalisation de notre thèse, nous avons réalisé une recherche documentaire, une observation, une étude pilote et une étude rétrospective.

## 2.1.6. Objectifs

L'**objectif principal** de notre étude c'est d'abaisser les barrières entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine « de ville », de faciliter l'accès au monde libéral après un parcours hospitalier ou mixte.

### Les objectifs secondaires :

- de réaliser une évaluation parmi les internes qui ont eu la possibilité de réaliser un semestre chez les praticiens avec une activité mixte.
- de découvrir les avantages et les inconvénients de ce mode d'exercice durant le stage chez le praticien et d'évaluer son impact sur l'amélioration de la pratique ainsi que l'attrait pour la Médecine Générale des internes.
- avoir un suivi continu et permanent des patients du début à la fin de leurs soins, en ambulatoire comme à l'hôpital.

Il n'y a pas de rupture avec le domicile : les patients comme médecins s'y retrouvent.

Avoir des généralistes libéraux qui exercent dans la structure hospitalière permet d'inscrire l'ambulatoire dans l'hôpital.

## 2.2. RESULTATS

Ce questionnaire a été envoyé à 140 internes en médecine générale en cours d'internat ou qui ont terminé les études, ayant effectué au moins un stage dans l'Orne durant ces trois dernières années.

Après une analyse des tableaux des postes d'internes, nous avons constaté que 7 internes ont reçu 2 fois notre questionnaire (car 7 internes ont réalisé deux fois le stage dans l'Orne, donc un maximum de **133** des réponses attendues.

La première diffusion du questionnaire fut réalisée le 16 juillet 2019 et une « relance » a été demandée le 20/08/2019 (à la réouverture de la scolarité de l'UFR).

La clôture de réponse pour le questionnaire a été le 31/08/2019.

Pour toutes les questions qui contenaient des réponses à choix multiples, nous avons regroupés les réponses pour faciliter l'analyse et la lecture des données.

Dans une première partie, nous avons inclus les réponses des internes pour savoir en quel semestre ils avaient effectué le stage chez le Praticien (tout type d'activité confondue, mixte ou non mixte).

Nous avons évoqué les raisons de leur choix.

Nous n'avons pas inclus dans toutes les tableaux de notre étude les réponses des internes qui n'ont pas réalisé un stage avec un maître de stage à activité mixte. Cependant, nous avons réalisé une étude afin de savoir s'ils étaient intéressés de réaliser un stage mixte, en leur laissant la possibilité qu'ils laissent leurs coordonnées. Ainsi, nous avons inséré un graphique avec leur motivation pour le choix du stage chez le praticien.

Nous n'avons reçu que **30** réponses au questionnaire sur les **133** envoyés. Parmi les 30 réponses, **6 internes** ont indiqué qu'ils avaient réalisé un stage avec un maître de stage à activité mixte dans l'Orne, 13 internes ont indiqué qu'ils n'avaient pas réalisé de stage mixte et 11 réponses ne sont pas exploitables.

Malheureusement les internes n'ont pas répondu à toutes les questions, donc notre étude a été réalisée sur la base des données reçues. Ainsi, nous avons inclus toutes les réponses, en faisant des tableaux différents et en adaptant selon les questions avec la possibilité d'avoir plusieurs réponses.



**Q01 En quel semestre avez-vous effectué le stage chez le praticien ?**

Tableau 3 : La répartition des internes en MG selon leur semestre chez le Praticien

<b>Réponse</b>	<b>Décompte</b>
1 <sup>er</sup> semestre	5
2 <sup>ème</sup> semestre	9
Autre	12

12 internes ont déclaré avoir réalisé leur semestre chez le Praticien de niveau 1 indiquant « autre semestre ». Nous avons réparti les internes dans un tableau séparé, en indiquant dans quel semestre ils ont déclaré avoir fait le stage.

Tableau 4 : La répartition de stage chez le Praticien des autres internes

<b>N°</b>	<b>Semestre</b>
1	3
2	3
3	3
4	6
5	3
6	2, autre
7	3
8	6
9	4
10	3
11	3 et 5
12	3,5 et 6

## Q02 Pour quelles raisons avez-vous choisi le stage chez le Praticien ?

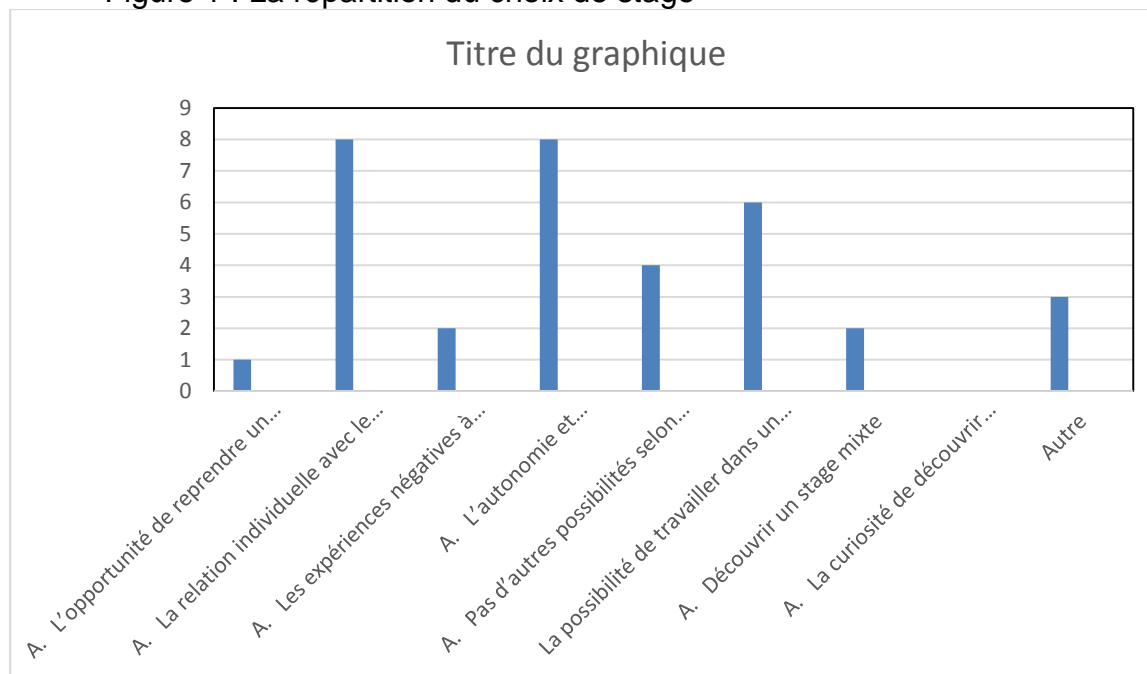
Tableau 5 : Les motifs de choix de stage chez le Praticien

Réponse	Décompte
L'opportunité de reprendre un cabinet	1
La relation individuelle avec le patient	8
Les expériences négatives à l'hôpital	2
L'autonomie et l'indépendance (« mon propre chef dans mon propre cabinet »)	8
Pas d'autres possibilités selon le classement	4
L'autonomie et l'indépendance (« mon propre chef dans mon propre cabinet »)	6
Découvrir un stage mixte	2
La curiosité de découvrir d'autres matières à la fin des études	0
Autre	3

Le motif de choix de stage chez le Praticien c'est majoritaire pour la relation individuelle avec le patient (8 réponses), l'autonomie et l'indépendance (« mon propre chef dans mon propre cabinet ») avec 8 réponses et l'autonomie et l'indépendance (« mon propre chef dans mon propre cabinet ») avec 6 réponses.

La Q02 était une question avec possibilité de choisir plusieurs réponses et pour cela nous avons réalisé un graphique séparé, pour mieux observer la statistique des réponses.

Figure 1 : La répartition du choix de stage



Parmi les réponses « autre » nous retrouvons :

- L'obligation DES,
- L'obligation de la maquette
- Le désir de travailler en libéral.

**Q03 Avez-vous eu l'opportunité de travailler avec un maître de stage à activité mixte ?**

Tableau 6 : La répartition selon stage mixte ou pas

Réponse	Décompte
Oui	6
Si NON, est-ce que vous souhaitez faire un stage mixte ?	
A. OUI (merci de noter votre mail / numéro de contact)	0
B. NON (merci, c'est tout)	11

6 internes ont déclaré avoir effectué leur stage avec un maître de stage à activité mixte, le reste n'a pas fait ou ne souhaite pas effectuer un stage mixte. Aucun interne ne souhaite faire (refaire) un stage mixte.

**Q04 Dans quelle zone avez-vous réalisé votre stage mixte ?**

Tableau 7 : La répartition en fonction de la zone du stage

Réponse	Décompte
ville	1
semi rural	6
rural	7

Les réponses sont ambiguës parce que nous avons compris dans la question antérieure qu'ils sont 6 internes ayant effectué un stage mixte, donc nous ne pouvons pas tenir compte des réponses à cette question.

**Q05 Par apport au stage mixte effectué : comment s'est déroulé votre choix de stage ?**

Tableau 8 : La possibilité de choisir ou pas le stage

Réponse	Décompte
J'ai pu choisir ce stage grâce à mon classement	7
J'ai été obligé de choisir ce stage à cause de mon classement	6

### Q06 Pourquoi avoir choisi ce stage ?

Tableau 9 : Les motifs du choix

Réponse	Décompte
A. Proche de « chez moi »	1
B. Possibilité de logement gratuit ou peu de loyer	1
C. Bonne évaluation du stage par les internes qui l'ont fait avant moi	3
D. L'évaluation de très bonne pédagogie	1
E. Pratique variée	2
F. La possibilité de voir une autre pratique	1
G. Cela convenait de travailler 3 jours / semaine	4
H. Autre	0

La Q06 était une question avec possibilité de choisir plusieurs réponses.

### Q07 Comment était organisé le stage ?

Tableau 10 : L'organisation du stage

Réponse	Décompte
En semaine partagée	3
En alternance par semaine	0
En alternance par jour	5
Autre	4

Parmi les 4 internes qui ont répondu « autre », un seul interne nous a précisé : « en alternance par 1/2 journée ».

### Q08 Charge de travail : nombre de ½ journée par lieu par semaine :

Tableau 11 : La charge de travail

Réponse	Décompte
Activité libérale	7
Activité salariée/ hospitalière	4

**Q09 Etes-vous satisfait (e) du nombre des heures que vous avez travaillé pendant le stage ?**

Tableau 12 : La satisfaction de charge de travail

<b>Réponse</b>	<b>Décompte</b>
Oui	8
Non	0
Sans réponse	2

**Q10 Avez-vous réalisé des consultations seules ?**

Tableau 13 : Des consultations en autonomie

<b>Réponse</b>	<b>Décompte</b>
Oui	8
Non	1
Sans réponse	1

**Q11 Avez-vous réalisé des visites seules ?**

Tableau 14 : Des visites en autonomie

<b>Réponse</b>	<b>Décompte</b>
Oui	4
Non	5
Sans réponse	1

### **Q12 Evaluer en partie ce qui a été fait**

Parmi les 30 internes qui ont répondu à notre questionnaire, **2** internes ont répondu à cette question.

En milieu libéral :

1. des consultations en médecine générale, l'éducation en santé, la prévention, le dépistage, le suivi, le renouvellement, des urgences, des actes (frottis, retirer d'un bouchon de cérumen, suture) ;
2. des gestes (cérumen, frottis, le test TDR (pour l'angine), vaccinations...

En milieu hospitalier :

1. le premier secours, les urgences, le suivi, la coordination ;
2. le renouvellement, les urgences (INR, fièvre, toux...)

### **Q13 Quels sont les éléments qui vous ont plu dans ce stage mixte en libéral ?**

Parmi 30 internes qui ont répondu à notre questionnaire, **3** internes ont répondu à cette question.

En milieu libéral :

1. la variété de l'activité, les horaires ;
2. La pratique variée, relation avec le patient ;
3. la liberté de choisir l'horaire, découvrir le monde de la médecine libérale.

En milieu hospitalier :

1. le logiciel qui fonctionne très bien, le fait de laisser le patient dans des bonnes mains et bien suivi ;
2. le fait de laisser le malade en surveillance (aux infirmières), garder le contact avec les autres spécialistes.

### **Q14 Qu'est-ce que vous avez trouvé difficile ?**

Parmi les 30 internes qui ont répondu à notre questionnaire, **2** internes ont répondu à cette question.

En milieu libéral :

1. le logiciel qui ne fonctionne pas correctement tout le temps, les avis selon besoin ;
2. des difficultés pour la prise en charge et de ne pas avoir la possibilité de contacter les spécialistes, l'organisation de la partie administrative, le temps perdu pour les visites à domicile.

En milieu hospitalier :

1. la relation avec le personnel parfois difficile (les infirmières, les aides-soignantes, la cadre) ;
2. la mauvaise relation entre les infirmières, avec les infirmières ...

**Q15 Avez-vous pu définir avec le MSU ses attentes sur les différents lieux de stage ?**

Tableau 15 : Les attentes

Réponse	Décompte
Oui	6
Non	1
Sans réponse	2

**Q16 Êtes-vous satisfait de l'accompagnement ?**

Tableau 16 : La satisfaction d'accompagnement

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	9	100%
Non	0	0%
Sans réponse	0	0%

**Q17 Recommanderiez-vous à vos Co-internes ce stage ?**

Tableau 17 : La recommandation du stage

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui	9	100%
Non	0	0%

Tous les internes ont répondu OUI, pour la recommandation de stage.

**Q18 Suite l'expérience que vous avez eu chez le praticien, vous en envisagez de vous installer en ville, à l'hôpital ou mixte ?**

Tableau 18 : L'envie d'installation

Réponse	Décompte
A l'hôpital	0
En cabinet / libéral	8
Mixte	2

### Q19 Si en ville : pourquoi VS les autres possibilités ?

Parmi les 30 internes qui ont répondu au notre questionnaire, 4 internes ont répondu à cette question.

Tableau 19 : Les raisons d'installation « en ville » versus « à l'hôpital » ou « mixte »

N°	En ville vs l'hôpital	En ville vs mixte
1	La relation avec le personnel	pas la possibilité de choisir le personnel
2	Mixte libéral + psychiatrie	-
3	la mauvaise relation avec les infirmières, la cadre...	la mauvaise relation avec les infirmières
4	Je suis mon propre chef	-

### Q20 Si à l'hôpital : pourquoi VS les autres possibilités ?

Parmi les 30 internes qui ont répondu au notre questionnaire, 3 internes ont répondu à cette question.

Tableau 20 : Les raisons d'installation « à l'hôpital » versus « libéral » ou « mixte »

N°	A l'hôpital vs libéral	A l'hôpital vs mixte
1	La relation avec le personnel	pas la possibilité de choisir le personnel
2	pas l'hôpital	pas l'hôpital
3	Travailler en équipe	la mauvaise relation avec les infirmières

### Q21 A l'issu de cette expérience, quels sont les points qui vous semblent à améliorer dans ce mode d'exercice mixte ?

Parmi les 30 internes qui ont répondu au notre questionnaire, 2 internes ont répondu à cette question. Pour le monde libéral, les deux internes nous ont indiqué leurs points de vue pour améliorer au cabinet :

- le refus de paiement par chèque (nous sommes en 2019 !)
- trop de patients pluri pathologiques dans un seul RDV ;
- la secrétaire devrait faire la partie administrative car les médecins perdent beaucoup de temps dans les papiers (paiement, autre) ;
- surtout sensibiliser le patient pour "un à deux problèmes par RDV" ;
- les visites à domicile (je trouve qu'on perd du temps sur le trajet, il arrive que les patients ne soient pas à domicile, et puis il y a aussi le danger de l'entourage qui, parfois, peut-être agressif).

Pour une amélioration dans le monde hospitalier, nous avons reçu une seule réponse : « le personnel (parce qu'il peut avoir des mauvaises relations personnelles, non résolues) ».



## **DISCUSSIONS**

Nous avons proposé un questionnaire aux étudiants pour analyser leur motivation à la pratique de la médecine générale durant leur stage chez le praticien.

Notre étude a été réalisée sur une courte période, du 16 juillet 2019 au 31 août 2019 donc sur 47 jours. De plus, le questionnaire a été envoyé durant la période estivale, période durant laquelle plusieurs étudiants préparent leur thèse et d'autres sont en stage de remplacement de vacances de médecins installés.

Le questionnaire a été adressé à 140 internes de Médecine générale (Internes de MG ayant effectués un stage dans l'Orne sur les 3 dernières années).

Parmi les 140 internes recrutés, 7 internes (5% de l'échantillon de départ) n'étaient pas concernés par l'étude parce qu'ils avaient refait le stage et donc ils avaient reçu 2 fois le questionnaire.

Du coup, notre échantillon n'était plus que de **133** internes.

A la clôture de l'étude, nous n'avons reçu que 30 réponses, ce qui correspond à une participation de 22.5%.

Parmi les **30** répondants, **6** internes correspondaient bien au critère d'inclusion de stage en **activité mixte**, ce qui correspond à 20% de notre échantillon de répondants.

A l'analyse du questionnaire, bien que ne correspondant pas au critère de stage mixte, certains internes ont répondu à l'entièreté du questionnaire, ce qui rend certaines données plutôt incohérentes au regard du nombre de personnes correspondant aux critères d'inclusion.

Par rapport à la question **Q01**, 14 internes avaient choisi leur stage durant les deux premiers semestres (46%), 12 internes (40%) ont effectué leur stage après le second semestre.

Par rapport à la question **Q02**, les trois premières raisons du choix de stage chez le Praticien sont :

- la relation individuelle avec le patient
- l'autonomie et l'indépendance
- la possibilité de travailler dans un Pôle de Santé.

Ce résultat est en conformité avec ce que nous trouvons dans la littérature.

En ce qui concerne la question **Q03**, 6 internes ont bien réalisé leur stage avec un MSU ou MDS à activité mixte. Parmi les non-répondants (les 24 internes), personne n'a donné ses coordonnées pour être contacté pour réaliser un stage mixte. 11 internes n'ont pas souhaité effectuer un stage mixte, ce qui est surprenant, parce que nous aurions espéré avoir 24 répondants.

Par rapport à la question **Q04**, 6 internes ont réalisé leur stage en zone semi-rurale, 7 en zone rurale et 1 en ville. Ces résultats sont surprenants dans la mesure où il n'y avait que 6 internes qui avaient réalisé leur stage mixte. Nous nous posons la question sur la compréhension de notre questionnaire. Pour les 6 internes qui avaient effectué leur stage mixte, 5 ont fait le stage en milieu rural et 1 interne en semi-rural.

Par rapport à la question **Q05**, les réponses ne sont pas adaptées au stage mixte. 7 internes ont choisi leur stage parce qu'ils étaient bien classés (23%) et 6 internes ont choisi le stage par défaut (20%).

Par rapport à la question **Q06**, les raisons qui ont poussées les internes à choisir le stage :

- cela convenait de travailler 3 jours par semaine ;
- bonne évaluation du stage par les internes qui l'ont fait avant ;
- pratique variée.

En ce qui concerne la question **Q08**, 7 internes (23%) ont déclaré qu'ils avaient plus de travail en activité libérale, et 4 internes (13%) ont trouvé qu'ils avaient plus de travail dans l'activité hospitalière.

Par rapport à la question **Q10**, et **Q11**, 12 internes ont réalisé des consultations et des visites en autonomie, 6 internes n'ont pas été en autonomie.

En ce qui concerne les questions **Q15**, **Q16** et **Q17**, nous confirmons que les 6 internes qui ont réalisé leur stage mixte ont bien défini leurs attentes et ils ont été satisfaits de leur accompagnement.

Les questions **Q07**, **Q09**, ne sont pas pertinentes pour notre étude.

Par rapport à la question **Q18**, 8 internes envisagent de s'installer en cabinet libéral et 2 internes en activité mixte. Aucun interne n'envisage travailler dans l'hôpital, alors que la plupart ne souhaitait pas avoir une activité mixte.

Dans les questions **Q19** et **Q20** nous retrouvons les motifs d'installation soit en ville soit en hôpital qui se recourent.

En ce qui concerne les questions **Q12** : pour les activités libérales, les activités effectuées sont celles d'un médecin de ville (des consultations en médecine générale, l'éducation en santé, la prévention, le dépistage, le suivi, le renouvellement, des urgences, des actes, ...)

Pour les activités hospitalières, les activités réalisées le premier secours, les urgences, le suivi, la coordination, le renouvellement, les urgences (INR, fièvre, toux...)

En ce qui concerne les questions **Q13**, ce que les internes avaient appréciés durant leur stage (La variété de l'activité, les horaires, La pratique variée, relation avec le patient, la liberté de choisir l'horaire, découvrir le monde de la médecine libérale, le fait de garder le contact avec les autres spécialistes,...)

En ce qui concerne les questions **Q14**, parmi les causes qui rendent cet exercice difficile (les difficultés relationnelles entre les équipes, les bugs de fonctionnement des logiciels, la lourdeur des tâches administratives)

Il s'avère aussi que ce mode d'exercice mixte est plutôt fréquent dans les zones dotées de petits hôpitaux, qui sont majoritairement gérés par les médecins libéraux à activité mixte. Le fait d'avoir des structures avec 1 à 2 services ne permet pas souvent d'avoir des praticiens hospitaliers à temps pleins.

En reprenant la problématique de la désertification des territoires, ce mode d'activité nous paraît intéressant pour la survie des hôpitaux locaux et des cabinets de groupes. Le fait d'être présent sur les 2 structures permet aussi de gérer la PDS en relation avec le SAMU centre 15.

En l'absence de données, il nous sera difficile de savoir quel est l'impact financier de ces nouveaux modes d'exercice. Actuellement, les aides apportées par les ARS ou les collectivités rendent cela possible. Si elles ne sont pas pérennes, nous nous demandons si ce modèle survivra.

Finalement, ce mode d'exercice doit avoir du sens puisque le projet « Ma santé 2022 » est en faveur de ce type d'activité (mixte) par la mise en place d'un nouvel appel au projet des « 400 MG ». Il correspond finalement à la promotion de l'activité mixte au secours des déserts médicaux. Ce mode d'exercice va donc contribuer à améliorer le lien « ville-hôpital » et renforcer l'offre médicale dans notre territoire en souffrance.

L'intérêt de garder une pratique hospitalière permet de voir des pathologies plus compliquées que l'on ne retrouve pas toujours en médecine de ville. Ceci serait un atout pour diversifier ses pratiques. En restant en hôpital, nous gardons les bonnes relations avec les spécialistes, ce qui peut être utile pour une prise en charge spécifique et rapide. Sachant que l'accès aux spécialistes est devenu très difficile en lien avec le déficit démographique, cela peut aider à gérer la pénurie de médecins hospitaliers.

En ce qui concerne la formation des étudiants, tant qu'il y aura si peu de lieu de stages, c'est un métier qui sera encore méconnu. C'est pourquoi le recrutement de Maîtres de stage devient une urgence. Les besoins sont importants en termes de formation et de promotion de l'exercice ambulatoire.

Nous n'avons pas souhaité ouvrir le débat sur les avantages financiers de ce modèle, puisque les aides allouées ne sont pas pérennes. L'intérêt de tout ceci est que le jeune médecin trouve du confort dans la situation et qu'il puisse dégager du temps pour sa famille et ses loisirs comme il le souhaite.



## **CONCLUSIONS**

Les terrains de travail pour une activité mixte sont multiples. Pour notre étude nous nous sommes limités à une activité hospitalière en hôpital couplée à une activité de ville de type cabinet de groupe ou Pôle de Santé. Notre travail consistait à évaluer l'impact d'une activité hospitalière sur une installation en libéral.

Selon notre enquête dans le département de l'Orne, il y a peu de lieu de terrain de stage mixte, ce qui ne nous permet pas de voir l'impact sur l'installation.

A la fin de notre questionnaire, il s'avère que le taux des réponses n'étant pas très significatif, il nous est difficile de tirer des conclusions pertinentes. En revanche, ces données peuvent nous servir comme une des solutions parmi tant d'autres à combattre les déserts médicaux.

Nous espérons avoir plus d'informations sur les installations en libéral à la fin de projet de « 400 MG », une fois que l'expérimentation sera terminée.

## Bibliographie

(Voir fiche procédure)

1. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/maitrise-de-stage-en-mg.pdf>
2. <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/stages-hospitaliers/>
3. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/160419-TCEM-Propositions-ISNAR-IMG-pour-l%C3%A9volution-du-D.E.S.-de-M%C3%A9decine-G%C3%A9n%C3%A9rale.pdf>
4. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/maitrise-de-stage-en-mg.pdf>
5. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-img-pds-ambulatoire.pdf>
6. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/160619-Participation-des-IMG-à-la-PDSA-Propositions-ISNAR-IMG-Adoptées-CA-Angers-Juin-2016.pdf>
7. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190304-Acc%C3%A8s-aux-soins-Dossier-de-lISNAR-IMG-Mars-2019.pdf>
8. Propositions de l'ISNAR-IMG : « Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale » (Mars 2008) et « Une quatrième année professionnalisant » (Octobre 2008)
9. Propositions de l'ISNAR-IMG : « La certification pour les internes de médecine générale » (Février 2010)
10. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-accès-aux-soins.pdf>
11. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-img-pds-ambulatoire.pdf>
12. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190213-Etat-des-lieux-des-conditions-de-travail-des-internes-de-M%C3%A9decine-G%C3%A9n%C3%A9rale.pdf>
13. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAted%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>
14. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
15. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190213-Guide-am%C3%A9lioration-condition-de-travail-de-sinternes-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf>
16. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/180720-R3C-en-3-min.pdf>
17. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>
18. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=45C8F3C7FF65D81E2E3287F07D5CD353.tpdila17v\\_2?idArticle=LEGIARTI000027864937&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20150804](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=45C8F3C7FF65D81E2E3287F07D5CD353.tpdila17v_2?idArticle=LEGIARTI000027864937&cidTexte=LEGITEXT000006071191&dateTexte=20150804)

19. <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/le-parcours-dun-stage/>
20. <http://www.paps.sante.fr/Etudes-medecin.2114.0.html>
21. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
22. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-pratique-img.pdf>
23. <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/stages-ambulatoires/>
24. <https://www.normandie.ars.sante.fr/400-medecins-volet-1-jeune-medecin-de-medecine-generale-en-temps-partage-villehopital>
25. <https://www.normandie.ars.sante.fr/400-medecins-volet-2-medecin-de-medecine-generale-salarie-en-centre-de-sante-ou-en-etablissement-de>
26. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665074/document>
27. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-04/Infographies%20grand%20public.pdf>
28. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-dispositif-400-medecins-offrir-des-solutions-attractives-aux-professionnels-de-sante-pour>
29. <https://www.macsf.fr/Exercice-en-Groupe/Actualites-Conseils/Coordination-ville-hopital-interview>
30. <https://www.reagjir.fr/blog/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/>
31. Maquette du Diplôme d'Études Spécialisées de Médecine Générale - Annexe II de l'arrêté du 21 avril 2017
32. Arrêté du 18 novembre 2015 relatif aux stages accomplis auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités au cours du deuxième cycle des études de médecine
33. Communiqué de Presse du CNGE et du SNEMG du 28 Juin 2018 - Progression de l'offre des stages en médecine générale





## ANNEXE

### Questionnaire envoyé

# **Abaisser les barrières entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine "de ville" : retour d'expérience ornaise auprès des internes en médecine générale accueillis sur un terrain de stage mixte chez le praticien**

## **Introduction**

L'objectif principal de l'étude c'est d'abaisser les barrières entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine « de ville ».

Les objectifs secondaires :

- réaliser une évaluation parmi les internes qui ont eu la possibilité de réaliser un semestre chez les praticiens avec une activité mixte.
- de découvrir les avantages et les inconvénients de ce mode d'exercice durant le stage et d'évaluer son impact sur l'amélioration de la pratique ainsi que l'attrait pour la Médecine Générale des internes.

En ayant un exercice mixte, l'objectif est d'avoir un suivi continu et permanent des patients du début à la fin de leurs soins, en ambulatoire comme à l'hôpital. Il n'y a pas de rupture avec le domicile : patients comme médecins s'y retrouvent. En effet, avoir des généralistes libéraux qui exercent dans la structure hospitalière permet d'inscrire l'ambulatoire dans l'hôpital.

## **Les différents types de stage sont :**

Les stages de troisième cycle destinés aux internes de médecine générale

- Le stage dit « de niveau 1 » ou SN1

Il a lieu durant la « phase socle », c'est-à-dire lors de la 1<sup>re</sup> année d'internat. L'interne est reçu 3 journées par semaine, en fonction des possibilités des MSU, et les journées sont réparties entre 1 ou 2 MSU pendant 6 mois.

**Il s'agit d'un stage MIXTE quand le MSU exerce une partie de son activité en ville et une autre partie hospitalière.**

- Le stage dit « de niveau 2 » ou SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés)

Il a lieu durant la « phase d'approfondissement », lors de la 3<sup>e</sup> année d'internat. L'interne est reçu 3 journées par semaine, en fonction des possibilités des MSU, les journées sont réparties entre 1 et 2 MSU pendant 6 mois. Il réalise des consultations en autonomie, sous la supervision du MSU.

- Le stage ambulatoire validant la santé de l'enfant et de la femme

Il peut être réalisé durant la « phase d'approfondissement », c'est-à-dire lors des 2<sup>e</sup> et/ou 3<sup>e</sup> années d'internat de médecine générale.

**QUESTIONNAIRE** pour les internes en médecine générale tout type d'activité confondue

**Q1. En quel semestre avez-vous effectué le stage chez le praticien ?**

- 1er
- 2eme
- Autre:

**Q2. Pour quelles raisons avez-vous choisi le stage chez le praticien?**

- A. L'opportunité de reprendre un cabinet
- B. La relation individuelle avec le patient
- C. Les expériences négatives à l'hôpital
- D. L'autonomie et l'indépendance (« mon propre chef dans mon propre cabinet »)
- E. Pas d'autres possibilités selon le classement
- F. La possibilité de travailler dans un Pôle de santé
- G. Découvrir un stage mixte
- H. La curiosité de découvrir d'autres matières à la fin des études
- I. Autre :

**Q3. Avez-vous eu l'opportunité de travailler avec un maître de stage à activité mixte ?**

- Si **OUI** poursuivre le questionnaire
- Si **NON**, est-ce que vous souhaitez faire un stage mixte ?
  - A. OUI (merci de noter votre mail / numéro de contact)
  - B. NON (merci, c'est tout)

**Q4. Dans quelle zone avez-vous réalisé votre stage mixte ?**

- 1. Ville
- 2. Semi rural
- 3. Rural

**Q5. Par apport au stage mixte effectué : comment s'est déroulé votre choix de stage ?**

- A. J'ai pu choisir ce stage grâce à mon classement ;
- B. J'ai été obligé de choisir ce stage à cause de mon classement
- C. Autre :

**Q6. Pourquoi avoir choisi ce stage ?**

- A. Proche de « chez moi »
- B. Possibilité de logement gratuit ou peu de loyer
- C. Bonne évaluation du stage par les internes qui l'ont fait avant moi
- D. L'évaluation de très bonne pédagogie
- E. Pratique varié
- F. La possibilité de voir une autre pratique
- G. Cela convenait de travailler 3 jours / semaine
- H. Autre :

**Q7. Comment était organisé le stage ?**

- C. En semaine partagée
- D. En alternance par semaine
- E. En alternance par jour

**Q8. Charge de travail : nombre de ½ journée par lieu par semaine :**

Activité libérale :

Activité salariée/ hospitalière :

**Q9. Etes-vous satisfait (e) du nombre des heures que vous avez travaillé pendant le stage ?**

- A. Oui
- B. Non

**Q10. Avez-vous réalisé des consultations seules ?**

- A. OUI
- B. NON

**Q11. Avez-vous réalisé des visites seul (e)s ?**

- A. OUI
- B. NON

**Q12. Evaluer en partie ce qui a été fait**

**Q13. Quels sont les éléments qui vous ont plu dans ce stage mixte en libéral?**

**Q14. Qu'est-ce que vous avez trouvé difficile ?**

**Q15. Avez-vous pu définir avec le MSU ses attentes sur les différents lieux de stage ?**

- A. OUI
- B. NON

**Q16. Êtes-vous satisfait de l'accompagnement ?**

- A. OUI
- B. NON

**Q17. Recommanderiez-vous à vos Co-internes ce stage ?**

- A. Oui
- B. Non

**Q18. Suite l'expérience que vous avez eu chez le praticien, vous envisagez de vous installer en ville, à l'hôpital ou mixte ?**

1. A l'hôpital
2. En cabinet / libéral
3. Mixte

**Q19. Si en ville : pourquoi VS les autres possibilités ?**

**Q20. Si à l'hôpital : pourquoi VS les autres possibilités ?**

**Q21. A l'issue de cette expérience, quels sont les points qui vous semblent à améliorer dans ce mode d'exercice mixte ?**

Votre âge :

Sexe : féminin / masculin

Mail : si vous êtes intéressés de recevoir ce mémoire

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé



ANNÉE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : TIGAU Ioana

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

**Abaisser les barrières entre le monde de l'hôpital et celui de la médecine "de ville " : retour d'expérience ornaise auprès des internes en médecine générale accueillis sur un terrain de stage mixte chez le praticien**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

En ayant un exercice mixte, l'objectif est d'avoir un suivi continu et permanent des patients du début à la fin de leurs soins, en ambulatoire comme à l'hôpital. Il n'y a pas de rupture avec le domicile : patients comme médecins s'y retrouvent. En effet, avoir des généralistes libéraux qui exercent dans la structure hospitalière permet d'inscrire l'ambulatoire dans l'hôpital. Nous avons analysé si le fait d'effectuer un stage mixte peut avoir un impact positif sur l'installation. Cela permet de garder un pied dans l'hôpital et de diversifier sa pratique, de garder le contact avec les collègues spécialistes. Cela peut aider à gérer la pénurie de médecins hospitaliers. Cela permet de renforcer le lien ville-hôpital.

**MOTS-CLÉS** : Médecine générale - stage mixte dans l'Orne ; Internes de médecine générale - expérience ornaise ; Terrain de stage mixte dans l'Orne ; Retour d'expérience ornaise - internes médecine générale

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

**Lowering the barriers between the world of the hospital and that of the "city" medicine: feedback from the interns in general medicine hosted on a field of mixed internship at the practitioner in Orne**

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

By having a mixed exercise, the goal is to have a continuous and permanent follow-up of the patients from the beginning to the end of their care, in ambulatory as in the hospital. There is no break with the home: patients and doctors are there. Indeed, having liberal generalists who practice in the hospital structure allows to register the ambulatory in the hospital. We have analyzed whether doing a mixed internship can have a positive impact on the installation. This helps to keep a foot in the hospital and diversify its practice, to keep in touch with specialist colleagues. This can help manage the shortage of hospital doctors. This strengthens the city-hospital link.

**KEY WORDS**: General medicine - mixed internship in Orne; Internal Medicine – Experience from Orne; Field of mixed training in Orne; Feedback of Orne - internal medicine