

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 24 novembre 2017
Par le Docteur Corinne MILLERET

ENSEIGNEMENTS D'UN ECHEC D'INSTALLATION EN LIBERAL

Propositions de conseils pour futurs confrères

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

But de ce mémoire :

I] Introduction objectifs de travail :

Éviter si possible les échecs traumatiques lors d'une association de médecins et avec comme projet de tout tendre pour une réussite d'un nouveau groupement

Surmonter un échec, fait partie intégrante de la construction de notre personnalité. A nous de tout faire pour permettre la reconstruction après cet échec ou au moins diminuer son impact en cas de problème. Mais à nous aussi de tout faire pour éviter que celui-ci apparaisse lors de l'installation en libéral de nos jeunes confrères.

Apprendre à vivre avec, à rebondir en changeant de perspective, voire même à se délivrer d'un passé empoisonnant pour en sortir grandi.

D'une part, j'ai été confrontée à des échecs d'associations où j'ai vu souffrir mes collègues (heureusement la plupart ont pu s'épanouir dans d'autres projets professionnels).

Et d'autre part nous constatons peu d'installations en libéral de nos jeunes collègues.

Ceci m'a donné le souhait d'apporter de l'aide et un accompagnement dans les projets d'installation.

Objectif : investissement et accompagnement du CDOM dans les associations libérales.

II] Matériel et Méthode :

Nous avons voulu tout d'abord rapporter trois cas qui nous ont paru exemplaires pour aborder notre thématique.

Ces trois cas sont différents et se complètent, ils permettent de voir différentes facettes de notre problématique.

Nous avons également effectué des recherches bibliographiques limitées à la langue française via internet.

Nous avons interrogé le Conseil de l'ordre de plusieurs départements.

III] Résultats :

Premier cas :

Un contrat commun non préparé qui conduit à un échec annoncé

En 2007, après dix ans d'association réussie en SEL avec partage d'honoraires et de patientèle, les Drs C & M rencontrent une charge de travail devenue beaucoup trop importante pour leur cabinet. Ils se mettent en quête d'un troisième associé. Une jeune femme médecin habituée jusque-là à des remplacements décide de s'installer définitivement.

Leur rencontre se fait, les discussions s'engagent et aboutissent rapidement à un accord de collaboration sur une période de trois mois et cela après une modification rapide et facile de leur contrat SEL.

Cependant, la nouvelle associée montre peu d'investissement dans la société... Seuls lui importent les aspects financiers et matériels de celle-ci en comparaison à son ancien statut (prise en charge de ses cotisations professionnelles calculées sur ses remplacements, même nombre de jours de congés que ses nouveaux collègues).

Du fait d'une non communication interne entre les membres trop investis dans leurs activités de travail respectives ou trop aveugles à une réalité incommode, la société périclité, la comptabilité de ce fait se dégrade pour devenir au bout de deux ans véritablement catastrophique avec dans la foulée menace de la banque, et menace de dépôt de bilan, le tout avec une impression de non compréhension mutuelle et de grand gâchis.

Sous l'expertise d'un commissaire aux comptes, une séparation de nos protagonistes se produit.

La suite montre les deux premiers associés obligés de travailler « encore plus » pour éponger les dettes de la société et la dernière venue, vite repartie s'installer dans un village, isolée, interrogative sur elle-même et sans compréhension véritable de ce qui s'était passé.

Discussion

Nous pouvons nous poser la question si cet échec aurait pu être évité :

- avec une meilleure réflexion sur leurs demandes respectives (travail, loisirs)
- et avec l'aide d'un expert-comptable pour monter un plan ,pour intégrer la répartition des charges et intégrer une vision progressive de l'investissement de chacun (rémunération, notamment).

Le bricolage du « entre nous », sans conseils extérieurs avisés, a conduit à un échec et à un alourdissement du statut de chacun (plus de travail pour les premiers et plus d'incertitudes pour notre jeune consœur).

Deuxième cas :

Quand la santé de l'un altère la relation enthousiaste de départ

Le docteur C., spécialiste, croule sous les consultations. Les journées se suivent avec un carnet de rendez-vous qui s'étire et des patients qui attendent longtemps leur consultation ce qui navre notre médecin consciencieux.

Au cours d'une soirée FMC, notre médecin rencontre une consœur de la même spécialité que la sienne. Celle-ci est en quête d'une association pour stabiliser – enfin – son implication professionnelle...

Le contact est très positif, les échanges se multiplient, les idées de travail en commun abondent et les projets de formation réciproques les enthousiasment.

Vite un contrat de collaboration est signé pour pouvoir mettre dans la pratique leurs propos.

Cependant après quelques semaines de coopération, un climat suspicieux s'installe. La nouvelle collaboratrice présente des problèmes de santé qui obligent à une médication antalgique croissante et avec un effet limité malgré le degré de ces anti- douleurs de palier II puis de palier III...

Ces douleurs entraînent des absences répétées au cabinet, des journées de consultation

raccourcies.

Le climat se détériore. L'état de jubilation avec euphorie et projets laisse place à une grande déception d'où regrets et amertume...

La collaboration est avortée quelques mois après avoir été engendrée.

Discussion

Dans ce cas, qui s'avère rejoindre de nombreux autres, il se confirme que la relation de départ n'a pas été habilement discutée : l'un cherchait une collaboratrice pour être soulagé d'un travail envahissant, l'autre n'avait pas présumé de ses faiblesses, faiblesses entraînant une perte partielle et parfois totale de son efficience.

Notre duo de spécialistes s'est séparé, lui a repris son cabinet et la liste grandissante de patients. Elle est allée dans un autre département, emportant ses problèmes de santé avec le sine qua non de résoudre ces derniers si elle ne veut pas entrer dans une spirale d'échecs.

Troisième cas : Un séjour méditerranéen au souvenir amer

Le Dr E.K., 46 ans, vivant au bord du bassin d'Arcachon, débute sa carrière par des remplacements de médecine générale. Malgré des journées harassantes et variées géographiquement, elle obtient en travaillant seule chez elle, tard le soir, une capacité d'angiologie ... Par la suite, elle décide de s'installer définitivement et de visser sa plaque dans un gros bourg local. Mais elle y officiera seule.

Après 3 ans de cette activité sur fond de solitude professionnelle (et affective), elle s'interroge sur le fait de ne pas pouvoir échanger avec ses confrères et consœurs; avec en plus des difficultés pour prendre quelques congés reposants ou encore reprendre une FMC nécessaire.

En plus, le sentiment de « porter » seule un cabinet, avec toutes les responsabilités que cela implique et le stress de l'erreur maladroite ou de la faute condamnable.

Lors d'un congrès, notre consœur rencontre une collègue qui lui expose le même vécu (solitude), les mêmes craintes. L'une et l'autre décident de s'associer et dans la foulée le Dr E.K. quitte les bords de l'océan pour ceux de la mer et vient s'installer – en association – avec sa nouvelle collègue pour un changement total de mode de vie au pays des catalans.

Après la création mi 2015 d'une SCM (Société Civile de Moyens), la recherche d'un local professionnel, du matériel inhérent à celui-ci et du point de vue personnel un appartement pour elle-même et l'inscription au CDOM avec au préalable un entretien avec le secrétaire de ce dernier, notre duo ouvre son cabinet.

Après quelques mois de travail intense et captif, la relation entre les deux médecins se dégrade progressivement, le climat de confiance nécessaire au bon fonctionnement de la SCM s'écroule, fiasco, échec et amertume clôturent cette aventure. Des modifications de certains rendez-vous, absence d'échanges professionnels, absence de dialogue, absence de communication basique entraînent ambiance lourde et angoissante.

Le moral Dr E.K. s'effondre, elle allègue des difficultés de sommeil, une perte d'appétit, une perte de l'élan premier auxquelles s'ajoute la culpabilité d'avoir abandonné sa région d'origine. Un nouveau sentiment de solitude apparaît, alourdi par le fait qu'elle ne connaît

pratiquement personne dans son nouveau cadre de vie.

Par l'intermédiaire d'une déléguée médicale qui ne la voit pas au mieux de sa forme, elle parle avec un collègue qui lui conseille de chercher de l'aide auprès du CDOM. Elle y rencontre les médecins de la commission d'entraide qui voyant son humeur désastreuse l'orientent vers l'association MOT.

Celle-ci analyse la situation et après réflexion collective l'orientent vers une séparation avec sa collègue-associée à qui, sur les conseils du CDOM, elle refuse une médiation payante avec un organisme privé.

La SCM est clôturée, le cabinet est fermé et le Dr E.K. retourne dans sa région d'origine pour y ouvrir, à nouveau seule, un cabinet dans la banlieue bordelaise.

Discussion

Lorsque le Dr E.K. est allée au CDOM 33, il n'y a pas eu d'accompagnement pour ce projet :

- Pas de vérification par un cabinet comptable de la viabilité de celui-ci.
- Pas de plan prévisionnel.
- Pas de conseil dans cette cohabitation de travail...

Même le CDOM d'accueil n'a pas prodigué de conseils ou de simples informations.

Le contrat d'association était classique. Il a été validé. Point.

Élément positif – après sa déconfiture – avec ce deuxième CDOM elle a pu sortir de son isolement et rencontrer des professionnels comme elles, plus aguerris et qui ont été à son écoute.

Avec l'aide de l'Association MOTS qu'elle évoque avec positivité elle a pu quitter le pessimisme professionnel et diminuer la culpabilité liée à cet échec.

Par la suite elle a pu mettre en valeur cette aide salutaire, l'accompagnement s'est espacé au fur et à mesure que sa situation s'améliorait.

A Bordeaux, le Dr E.K. travaille maintenant dans la sérénité avec parfois le souvenir pesant mais passager de son séjour en 66.

Rebondir :

Après avoir pris contact avec les médecins concernés, je peux écrire qu'ils ont tous rebondi soit par une :

- installation dans d'autres départements :

Notre collègue présentant des problèmes de santé s'est installée dans l'Aude dans un groupe médical de spécialistes.

Notre collègue bordelaise travaille seule dans sa spécialité, au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire.

- installation dans le département :

La jeune collègue s'est installée dans un village limitrophe, dans un centre médical où rien n'est partagé.

Les deux collègues n'ont pas cherché de nouvel associé.

Nos collègues ont tous ressenti un sentiment d'incompréhension, de défaite.

Mais parfois rebondir est difficile, pénible, laborieux, voire, impossible.

IV] Discussion :

Une étude du CNOM de 2010 montre que 903 médecins ont décidé de dévisser leur plaque avant l'âge de la retraite.

45% d'entre eux exerçaient la médecine générale.

Causes de ces départs imposés par l'échec, et volontaires comme planches de salut :

- tâches administratives importantes, envahissantes et chronophages.
- charges financières sérieuses et stressantes.
- agressions incomprises chez une personne qui a fait de sa profession l'aide à ses semblables.
- relation à l'autre collègue, floue au départ, sombre ensuite, et avec les patients capteurs du mal être du soignant.
- problèmes familiaux, conflits, menaces de séparation puis divorce.

S'il existe des troubles de l'humeur avec sentiment d'incompréhension et des traumatismes antérieurs, l'échec avec vécu de dévalorisation entraînant désarroi, colère, soucis financiers peut induire une conduite d'auto punition avec répétitions de déboires et de malheurs, et pour certains peut-être conduire à l'autolyse ; seule solution retenue pour stopper la spirale négative.

90% de ces médecins ne souhaitent pas reprendre une activité libérale, jugée dévastatrice pour eux, ne désirant pas se retrouver seul à nouveau devant ces différentes tâches ardues.

Ils se tournent :

- vers le salariat pour trouver un travail en équipe avec protection (notamment dans le domaine de leur propre santé) refusant les aléas et incertitudes de la médecine libérale.
- vers des associations de soutien type MOTS pour trouver une écoute attentive après une période de vécu d'isolement et de ruminations vis à vis de l'échec et avec l'accord de l'appelant pour recevoir des conseils salutaires.
- vers le CNOM pour réaliser un bilan de compétence et ainsi être clair avec soi-même et se diriger vers un changement de carrière et l'espoir d'une orientation nouvelle mais préparée et pleine d'optimisme.

Ces raisons sont précisées dans l'étude du CNOM et retrouvées lors des entretiens que j'ai eu avec les médecins cités dans les exemples.

A noter l'étude des installations dans les Pyrénées Orientales du 01/01/2015 au 31/12/2017 :

- Médecine générale : 69
- Autres spécialités : 63

V] Propositions :

Une collaboration allant vers une association de médecins est :

- **réussie par un contrat clair, net et précis, c'est-à-dire bien réfléchi.**
- **entreprise avec une aide extérieure aguerrie à ce type d'union et garante d'un certain équilibre dans celle-ci.**

Aspects théoriques

A. Faire connaître et faire prendre conscience :

1. Les différents types de contrats

- La collaboration

Le médecin titulaire s'allie à un médecin collaborateur. Celui-ci exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination, dans le respect des règles de la profession, la durée de cette collaboration peut aller de quelques semaines, à plusieurs mois, voire parfois quelques années.

- L'assistantat

Le médecin titulaire, sur autorisation, peut être assisté dans son exercice par un autre médecin :

- en cas d'afflux exceptionnel de population (station balnéaire, station de sports d'hiver, par exemple)
- ou si son état de santé le justifie pour lui permettre après un éventuel arrêt de travail une reprise d'activité progressive.

- Les remplacements

Ceux-ci peuvent être effectués par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L.4131-2 du code de la santé publique, ou par un confrère inscrit au tableau de l'Ordre. Pour le titulaire, un repos mérité est alors apprécié et pour le remplaçant, le contact avec le terrain est enrichissant, les échanges avec les correspondants sont formateurs et l'étudiant remplaçant pourra ainsi commencer à se forger une expérience qui ira croissante au fur à mesure des relèves qu'il effectuera.

- SCM : Société Civile de Moyen

Mettre en commun les moyens matériels afin de réduire les coûts, les médecins restent indépendants dans leur exercice.

- SEL : Société Exercice Libéral

Autre type d'exercice mais là aussi l'exercice reste personnel.

- SCP : Société Civile Professionnelle

Les médecins exercent leur activité en commun mais l'exercice reste personnel.

2. Les bénéfices d'une association

- Travail en équipe pour pouvoir échanger sur des cas difficiles, mais aussi partager des idées d'investissement, accueillir des étudiants en formation.

- Répartition des frais inhérents à l'emploi d'une (ou plusieurs) secrétaire(s).

- Partage des frais toujours croissants et en perpétuel renouvellement du matériel médical informatique ...

- Organisation des congés qui pour certains permettent (- enfin -) de se reposer.

- Équilibre vie familiale par adaptation des horaires suivant les besoins personnels.

- Permettre une activité privée, sportive, culturelle ou artistique équilibrée.

- Possibilité de formations continues nécessaires à la profession.

- Partir l'esprit serein, se sentir plus équilibré(e) pour faire face à l'évolution rapide de la médecine.

Il existera d'autres effets positifs en fonction des cas particuliers.

3. Les négatifs d'une association

- La gestion du personnel à plusieurs employeurs peut s'avérer ardue : incompatibilité d'humeur, primes, congés...

- Le lien avec les collègues parfois difficile si l'associé arrive dans un groupe existant depuis plusieurs années, le nouveau doit faire un travail d'intégration, les anciens celui de l'assimilation (son arrivée pouvant être vécue comme une intrusion qui peut perturber l'équilibre antérieur).

- La vie privée peut pâtir de cette relation difficile, qui s'introduit dans sa vie jusque-là bien réglée, le médecin cachant son mal-être à son entourage de peur de se voir incompris.

- Si le contrat d'association n'a pas été bien construit en prenant en compte toutes (ou

quasi toutes) les éventualités inhérentes à celui-ci, telles notamment des problèmes de santé, des problèmes financiers compliquant ainsi le tableau.

- Relation avec les patients qui peuvent au début mettre en doute les capacités du jeune installé devant son inexpérience, sa jeunesse, et parfois sa naïveté...

Cette liste n'étant pas exhaustive, d'autres points négatifs peuvent être mis en exergue.

B. Informer et aider à établir :

Un "bon" contrat d'exercice

- Recours à un avocat spécialisé dans ce type de demande pour superviser le contrat et avec lui prendre le temps de tout écrire, d'essayer de penser à toutes les situations qui accompagnent une vie professionnelle et personnelle.

- Recours à un expert-comptable pour voir avec lui les garanties concernant la solidité de cette association.

- Recours au Conseil de l'Ordre qui prendra le temps d'expliquer les différents types de contrats que lui-même voit défiler à longueur d'année.

- A l'ensemble de ces aides s'ajoute l'expérience des confrères. Ils peuvent apporter le témoignage du fonctionnement de leurs associations, ce qui augmente les possibilités de limiter le risque d'échec dans le projet de future association.

C. Prévoir :

La séparation en cas d'incompatibilités d'humeur le plus souvent

Avec l'aide de médiateurs tels :

- l'avocat pour éviter les conflits destructurants, et les sensations de tromperie, voire de mystification.

- mais aussi à nouveau l'expert-comptable pour analyser la problématique financière inhérente à ce type d'évènement (banque, Urssaf, caisse de retraite, loyers, baux).

VI] Réflexions :

Comme nous avons pu le constater, beaucoup d'associations de médecins échouent et quelquefois peuvent tourner au drame, chaque fois elles sont sources de séquelles durables.

Pour éviter au maximum ces échecs et leurs conséquences, nous pensons que la prévention avant tout type d'association est souhaitable sinon nécessaire.

Une prévention durant les études pour donner à l'étudiant, futur installé, les informations nécessaires à cela (en amont de fin d'études) et au médecin novice en quête d'une installation prochaine ou en quête d'un changement de statut professionnel (aval d'installation).

A. Prévention en amont :

Création par les facultés de médecine d'un module obligatoire en fin d'études type « aide à la création et gestion d'entreprise » pour savoir appréhender la gestion du personnel, des patients, relations avec les instances ordinaires, administratives (ARS, CARMF etc.) et les banques les assurances mais aussi..... leurs futurs confrères

Quelques facultés organisent durant l'internat une « journée d'installation » mais hélas trop peu!

B. Prévention en aval :

Le Conseil Départemental CDOM pourrait réfléchir à la création d'un flyer « aide à l'installation » qui serait mis en ligne sur le site internet du CDOM. voire **d'une commission d'entraide à l'installation.**

Information qui pourrait être remise lors des inscriptions obligatoires ou , lors de l'appel des cotisations ordinaires annuelles. Cette commission devrait travailler avec la commission des contrats.

Le plus difficile étant de contacter les futurs jeunes installés **avant la signature du contrat.**

Peut-être développer le rôle du **facilitateur**, "mentor" de nos amis canadiens, pour aider à l'intégration de nos collègues dans les maisons de santé. Rôle dévolu à un médecin du CDOM aguerri au relationnel et, totalement informé sur le thème des associations de médecins.

VII] Conclusion :

Devant la pénurie actuelle de médecins et face aux déserts médicaux dont la presse écrite et télévisée parle tant, **il faut absolument tout faire pour éviter les échecs** lors des associations de praticiens et cela pour le bien des médecins et de leurs patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- CNOM : Atlas de la démographie médicale française ,2011
<https://www.conseil-national.medecin.fr>
- CNOM : entraide : convention de partenariat, 2017
<https://www.conseil-national.medecin.fr>
- HAS : repérage et prise en charges cliniques du syndrome d'épuisement professionnel
<https://www.has-sante.fr>
- La fiscalité du professionnel de santé libéral
[https://www ;média-santé.com/fiscal](https://www.media-sante.com/fiscal)
- La Fédération Française des Maisons de Santé (ffmps.fr)
www.ffmps.fr
- Mentorat - Services - Service aux étudiants Faculté de médecine Ottawa
[https://santé.uottawa.ca](https://sante.uottawa.ca)

Résumé : L'auteure de ce mémoire, médecin elle-même, membre du CDOM, déléguée MOTS de son département, révise après 3 exemples cliniques la notion de contrats d'associations entre praticiens. Elle propose différentes solutions dont la nécessité à la création d'un poste de tuteur (venu du CDOM) pour aider à la mise en place de ces contrats et éviter ainsi divers déboires et échecs.

Mots clés : Associations de médecins, contrats, échecs, tuteur.

Abstract : The author of this memoir, doctor herself, member of the departmental council of the order of the doctors, delegate of MOT of her department, revises the notion of partnership contracts between practitioners after three clinical examples. She proposes various solutions, including the need for the creation on a post guardian (from the county council) to help set up these contracts and avoid setbacks and failures.

Key words : Associations of doctors, contracts, chess, guardian.