

Section Spécialistes

FERMETURE OU LA RECONVERSION
DES ETABLISSEMENTS DE SOINS
PRIVES
QUE DEVIENNENT LES MEDECINS
SPECIALISTES ?

(L'exemple des Yvelines entre 1999 et
2002)

UNION REGIONALE
DES MEDECINS
LIBERAUX
D'ILE-DE-FRANCE

2005

Mai

Bureau Section Spécialistes :

Président : Docteur Bruno SILBERMAN

Vice-Président : Docteur Frédéric PRUDHOMME

Secrétaire Général : Docteur Gérard ROUSSELET

« En Ile-de-France, la recomposition nécessaire est à la fois de très grande ampleur et très difficile. La restructuration du secteur privé, très dense, s'effectue essentiellement sous la pression des contraintes financières et a conduit à la disparition de 70 établissements de court séjour depuis 1997 (52 fermetures et 18 reconversions)».

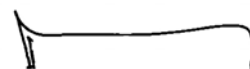
Rapport de la Cour des Comptes, *La situation des comptes sociaux en 2001*.

REMERCIEMENTS

Engager une enquête rétrospective nécessite de mobiliser de nombreux moyens pour reconstituer une histoire pourtant relativement récente. Ce travail minutieux n'aurait pu être possible sans le soutien des partenaires habituels de l'URML que sont l'ARH¹, la DRASSIF², la FHP³ Ile- de- France et notamment le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Yvelines.

Nous remercions tout particulièrement Delphine HERNU, chargée de mission de la Section Spécialistes, pour sa large contribution à la réussite de ce travail et à la mise en forme des résultats.

Pour le Bureau de la Section Spécialistes
URML Ile de France
Le Président



¹ Agence Régionale de l'Hospitalisation

² Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile -de- France

³ Fédération de l'Hospitalisation Privée

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux ont été créées par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Elles contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Leurs missions définies par la loi sont les suivantes :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;
- organisation et régulation du système de santé ;
- prévention et actions de santé publique ;
- coordination avec les autres professionnels de santé ;
- information et formation des médecins et des usagers.

Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L.162-5 du code de la Sécurité Sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.

UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE France
104, boulevard du Montparnasse – 75682 Paris Cedex 14
Tel : 01 40 64 14 70 – Fax : 01 43 21 80 34
E-mail : secretariat@urml-idf.org

PORTAIL INTERNET DE L'URML Ile-de-France :<http://www.urml-idf.org>

SOMMAIRE

INTRODUCTION	6
LES RESULTATS DE L'ENQUETE	8
PARTIE 1 - LE PUBLIC REpondANT ET LES ETABLISSEMENT CONCERNES ... 9	
1.1 Les établissements de soins des Yvelines concernés par l'enquête	9
1.2 La population des médecins répondants.....	11
PARTIE 2 – LES CONDITIONS D'EXERCICE AVANT LA RESTRUCTURATION .. 13	
2.1 La nature des liens avec l'établissement.....	13
2.2 La nature de l'activité médicale	14
2.3 La perception des conditions d'exercice au sein de l'établissement	15
PARTIE 3 – LES PROCEDURES DE RESTRUCTURATION	17
3.1 Le mécanisme d'annonce.....	17
3.2 L'accompagnement dans le changement.....	20
PARTIE 4 – LES CONDITIONS D'EXERCICE APRES LA RESTRUCTURATION .. 22	
4.1 Le délai entre l'arrêt et la reprise de l'activité	22
4.2 La nature des liens avec le nouvel établissement	23
4.3 La nature de l'activité médicale	24
4.4 L'impact du changement sur les conditions d'exercice	26
4.5 L'impact du changement d'exercice sur la vie personnelle	30
4.6 Les conditions actuelles de travail.....	31
PARTIE 5 - L'EVALUATION DU CHANGEMENT	33
5.1 Les points forts.....	33
5.2 Les points faibles	34
5.3 L'avis des praticiens sur la nécessité de fermeture ou de reconversion des établissements	36
PARTIE 6 – QUELQUES SITUATIONS PARTICULIERES	38
6.1 Les médecins à exercice en établissement de soins (spécialités chirurgicales).....	38
6.2 Les médecins à exercice medico technique.....	39
6.3 Les médecins à exercice de consultations	40
SYNTHESE ET PROPOSITION	42
Les principaux enseignements	43
Des propositions pour l'avenir	45

INTRODUCTION

La loi du 4 janvier 1993 crée les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) et prévoit qu'elles contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Les URML participent notamment à l'analyse et à l'étude du fonctionnement du système de santé, de l'exercice libéral de la médecine, ainsi qu'à l'organisation et à la régulation du système de santé.

Le 24 avril 1996, les Ordonnances Juppé mettent en place des groupements d'intérêt public entre l'Etat et l'Assurance Maladie dans chaque région, les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH).

Les ARH sont chargées de mettre en oeuvre, au niveau régional, la politique hospitalière définie par le Gouvernement, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, de conclure avec eux des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et de déterminer leurs ressources.

Ces agences régionales s'appuient d'une part sur les travaux des conférences régionales de santé qui définissent annuellement les priorités régionales de santé et d'autre part sur les avis des comités régionaux de l'organisation sanitaire (CROS).

Elles élaborent, en partenariat avec les professionnels de santé, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui tracent, tous les cinq ans, le cadre de l'évolution de l'offre de soins hospitalière en adéquation avec l'ensemble du système de santé.

Les orientations des SROS I et II ont préconisé la fermeture ou la reconversion de 79 établissements de santé en Ile-de-France, entre 1997 et 2002.

Mesurer l'impact de ces fermetures ou reconversions sur l'activité du corps professionnel en place est l'objectif que s'est fixé la section Spécialistes de l'URML Ile-de-France dans le cadre de cette enquête. Pour la première fois, les professionnels de santé concernés par la restructuration de l'offre de soins réalisée dans le cadre du SROS sont interrogés. Ce sujet d'étude est d'autant plus justifié qu'il n'existe pas, pour les professions libérales, de plan de social d'accompagnement comme c'est le cas pour les salariés dont l'entreprise ferme.

L'absence de fichiers complets et à jour des médecins exerçant dans ces établissements témoignent du peu de suivi consacré à la modification de l'exercice de ces professionnels. Confronté à cette difficulté de recensement au départ, le comité de pilotage de l'enquête a décidé de restreindre le territoire d'étude en fonction des données disponibles. Le champ de l'enquête s'est donc concentré sur le département des Yvelines. Dans ce département, 11 établissements sur 42 ont été fermés ou ont reconverti tout ou partie de leur activité. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Yvelines a recherché un premier fichier de 205 médecins ; une base de données a donc pu être constituée.

Un questionnaire a été élaboré et envoyé à l'ensemble des médecins composant cette base de données. Il en ressort qu'un certain nombre d'entre eux n'exerçaient plus dans l'établissement au moment de la fermeture ou de la reconversion. A cette occasion, nous avons constaté qu'il serait nécessaire de détenir des fichiers à jour des lieux d'exercice des médecins inscrits à l'Ordre. Finalement, 140 médecins concernés ont été interrogés, le taux de réponse a été de 41%.

La réalisation de l'étude a été confiée au Cabinet Grès Médiation Santé, l'objectif étant de :

- faire un état des lieux et un descriptif des médecins et des établissements de soins concernés dans le département des Yvelines ;
- évaluer et mettre en évidence les conséquences de la restructuration de l'offre sur l'exercice individuel de ces médecins et sur leur pratique.

L'étude s'est déroulée de février 2004 à septembre 2004. Nous présentons dans ce document les résultats et conclusions de ce travail.

Si tous les médecins ont eu à répondre au questionnaire, quelques uns ont pu être interviewés directement en donnant une appréciation plus qualitative, nous faisant ainsi les témoins d'un épisode important et complexe de leur vie professionnelle. Nous tenons ici à les en remercier. Parmi ces témoignages, les propos de certains médecins peuvent être considérés comme excessifs sortis de leur contexte et du vécu de cet épisode professionnel.

LES RESULTATS DE L'ENQUETE

PARTIE 1 - LE PUBLIC REpondant ET LES ETABLISSEMENT CONCERNES

1.1 Les établissements de soins des Yvelines concernés par l'enquête

Il convient de faire un bref rappel du cadre législatif encadrant les fermetures ou les reconversions des établissements de santé.

La décision de fermeture, de reconversion ou de fusion d'un établissement de soins est prise par le Directeur de l'ARH dont l'établissement relève en Commission Exécutive après avis du CROS (Article L.6122-13 du Code de la Santé Publique).

Les modalités de créations, suppressions d'activité de soins et d'équipements lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements figurent dans l'annexe du SROS comme précisé dans l'article L 6121-2 du Code de la Santé Publique.

Dans le cadre des SROS I et II, 11 établissements ont fait l'objet d'une restructuration dans le département des Yvelines. Un croisement des données de l'ARH Ile de France, de la DRASSIF et de la FHP Ile de France nous a permis d'établir le tableau suivant :

Les établissements de soins privés fermés ou reconvertis dans le département des Yvelines entre 1998 et 2002

Nom de l'établissement	Ville	Nombre de lits	Activité	Fermeture ou reconversion	Année de fermeture ou de reconversion
Centre Hospitalier Privé	HOUILLES	63	Chirurgie, obstétrique	Fermeture	1998
Clinique de Sully Ou Clinique du Parc	MAISONS LAFITTE	64	Médecine, chirurgie, obstétrique	Fermeture	2002
Clinique de Bel Air	SAINT CYR L ECOLE	106	Médecine, chirurgie, obstétrique	Fermeture	1999
Clinique de Marly	MARLY LE ROI	45	Chirurgie, chirurgie ambulatoire	Fermeture car regroupement	2002
Polyclinique Ambroise Paré	LES MUREAUX	58	Chirurgie	Fermeture	1999
Centre Hospitalier privé	CONFLANS SAINTE HONORINE	-	Chirurgie, chirurgie ambulatoire, obstétrique	Fermeture : non renouvellement de l'autorisation et décision de fermeture de la maternité.	2001
Clinique Saint Louis des Bords de Seine	POISSY	62	Chirurgie générale	Fermeture Regroupement avec Clinique Saint Louis de Carrières sous Poissy sur un troisième site entièrement neuf	2002
Centre Hospitalier Privé	SARTROUVILLE	103	Chirurgie, chirurgie ambulatoire	Reconversion en Soins de Suite ou de réadaptation	2002
Clinique du Val de Seine	LOUVECIENNES	-	Médecine	Reconversion en Soins de Suite ou de réadaptation	1998
Clinique Pasteur	SARTROUVILLE	24	Chirurgie, obstétrique	Reconversion en Soins de Suite ou de réadaptation	1998
Clinique du Mesnil	MESNIL SAINT DENIS	98	Chirurgie, médecins	Reconversion en Soins de Suite ou de réadaptation	-

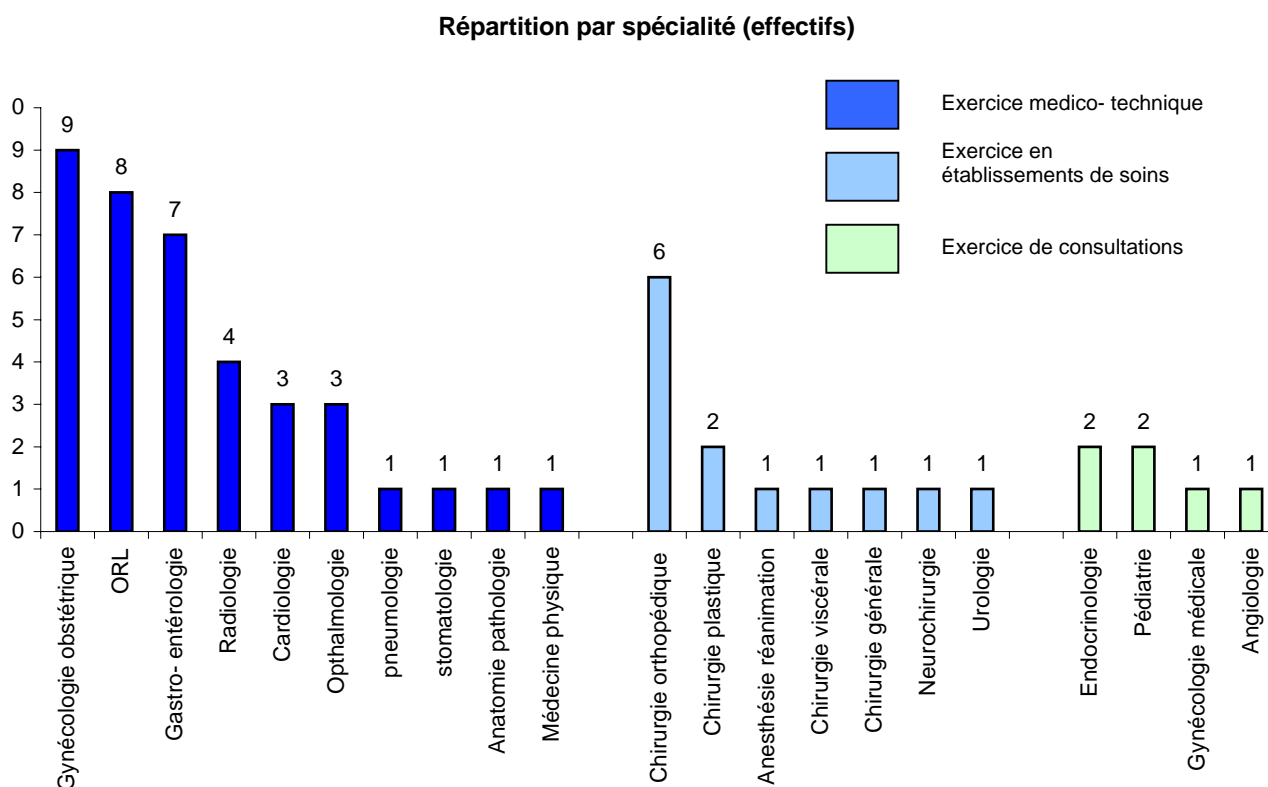
Sources : ARHIF, DRASSIF, FHP Ile de France

1.2 La population des médecins répondants

Les croisements effectués entre la liste des établissements et les déclarations d'exercice faites à l'Ordre des médecins ont permis d'identifier 140 médecins exerçant dans les établissements à la date de fermeture ou de reconversion. 58 médecins ont répondu.

Quelques traits caractéristiques de la population des médecins répondants:

- leur sexe : 79 % d'hommes (46) et 21% de femmes (12)
- leur âge : l'âge moyen des répondants est de 52 ans. Presque 70% des répondants (37) ont plus de 50 ans et plus de 10% (7) ont plus de 60 ans.
- le département d'exercice : 84,5% (49) de ces médecins continuent à exercer la médecine actuellement dans le département des Yvelines. Seuls deux médecins n'exercent plus en Ile de France.
- Le type d'établissement : 65,5% (38) des médecins répondant déclarent exercer à ce jour dans un établissement de soins privé, 21% (12) dans un établissement public. Ces établissements comptent en moyenne 100 lits.
- La spécialité : les spécialités sont inégalement touchées. Dans l'échantillon des médecins ayant répondu à ce questionnaire, nous trouvons :



Afin de mieux appréhender l'impact de la restructuration sur l'exercice des médecins, le comité de pilotage de l'enquête a fait le choix de regrouper les exercices comme suit:

- o **Exercice de consultations** : il s'agit des spécialités médicales non techniques, c'est-à-dire dont l'exercice est constitué essentiellement de consultations ou associé à des actes techniques ne

nécessitant pas d'infrastructure lourde. Ce tronc est constitué des médecins spécialistes de pédiatrie, d'endocrinologie, de gynécologie médicale et d'angiologie.

- **Exercice en établissement de soins** : il s'agit des spécialités chirurgicales, c'est-à-dire des médecins spécialistes de chirurgie orthopédique, de chirurgie plastique, d'anesthésie réanimation, de chirurgie viscérale, de chirurgie générale, d'urologie et de neurochirurgie.
- **Exercice medico- technique** : il s'agit des spécialités conjuguant exercice clinique et actes techniques, chirurgicaux pour certaines spécialités, nécessitant une infrastructure lourde, c'est-à-dire les médecins spécialistes d'ORL, d'ophtalmologie, de cardiologie, de pneumologie, de gastro-entérologie, de gynécologie obstétrique, de radiologie, d'anatomo-pathologie, de médecine physique et de stomatologie.

Ce regroupement permettra de mettre en exergue les particularités dans le vécu du processus et de ses conséquences propres à chaque type d'exercice.

Les spécialités les plus représentées sont donc, pour un peu plus de 20% (13 médecins), des spécialités chirurgicales et pour deux tiers (36) des spécialités medico- techniques.

PARTIE 2 – LES CONDITIONS D’EXERCICE AVANT LA RESTRUCTURATION

Mesurer l’impact de la restructuration nécessite la reconstitution des conditions d’exercice, sur le plan pratique, financier, légal et des conditions de travail, des médecins libéraux. Les informations ainsi reconstituées proviennent des déclarations des médecins interrogés dans le cadre de l’enquête.

2.1 La nature des liens avec l’établissement

2.1.1 - L’existence fréquente d’un contrat de travail entre le médecin et l’établissement

Il faut rappeler que l’établissement d’un contrat écrit est une obligation légale, dont le non respect entraîne des sanctions.

Ces contrats traduisent un engagement réciproque d’exercice libéral de la médecine sans lien financier ; ils ne comportent aucun lien financier ni de subordination vis-à-vis de la clinique. Ils peuvent prendre plusieurs formes :

- Contrat avec reversement d’honoraires
- Contrat de fait
- Contrat d’exercice privilégié
- Contrat d’exclusivité partagée

D’après les résultats de cette enquête, seuls 70% des médecins de l’échantillon (40) avaient un contrat d’exercice libéral avec l’établissement dans lequel ils exerçaient.

Le contrat d’exclusivité est devenu rare puisque parmi les médecins ayant répondu à cette enquête, seuls 19% (11 médecins) en avaient un, ce qui confirme une tendance déjà connue. Par cette clause d’exclusivité, la clinique s’interdit de faire appel à d’autres praticiens de la même spécialité que celle exercée par le contractant, sauf à obtenir l’accord de ce praticien. De son côté, le médecin s’engage à consacrer l’essentiel de son activité dans cet établissement de soins. La réciprocité de l’exclusivité n’est pas obligatoire. Il sera intéressant de regarder si ces médecins ont pu négocier, dans leur contrat avec le nouvel établissement, cette clause d’exclusivité.

Il est donc surprenant de constater qu’un médecin de notre étude sur trois - 29% (17) - n’avait pas de contrat, ce qui au regard de la loi constitue une illégalité. Ceux qui n’avaient pas de contrat (17) se répartissent dans plusieurs spécialités :

- 4 des 8 ORL
- 1 des 6 chirurgiens orthopédistes ;
- 1 chirurgien généraliste ;
- 4 des 7 gastro-entérologues ;
- 2 des 9 gynécologues ;
- 1 neurochirurgien ;
- 1 des 3 ophtalmologistes ;
- les 2 pédiatres ;
- l’urologue.

On constate que l'existence d'un contrat augmente en fonction du degré d'activité du médecin dans la structure : 83% des spécialistes dont l'activité professionnelle qui étaient à 100% (10) avaient un contrat contre 58% de ceux qui étaient à moins de 25% (7 praticiens).

2.1.2 - La participation financière du médecin au capital de l'établissement

Près de 30% des médecins répondants (17) avaient une participation financière dans le capital de l'établissement.

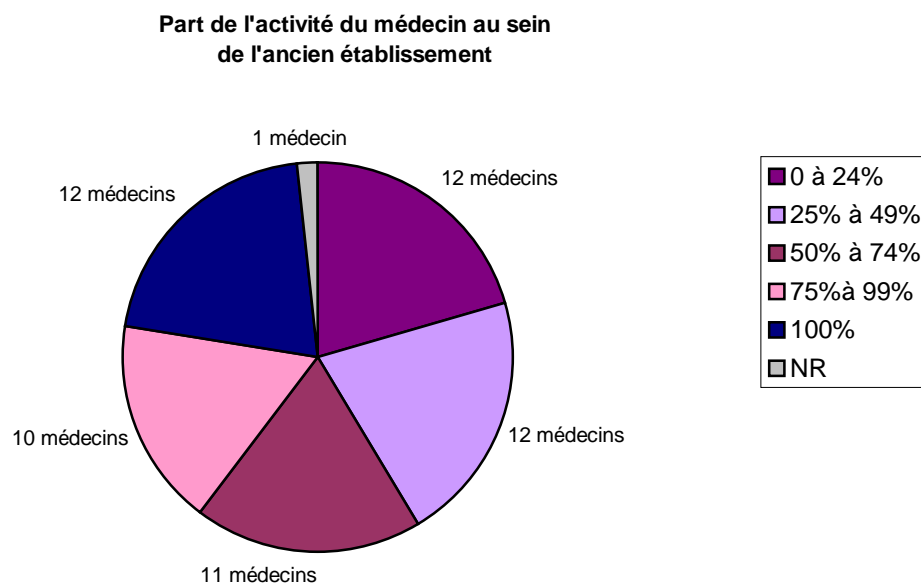
Contrairement à ce qui a été mis en évidence ci dessus, la participation financière du médecin au capital de l'établissement n'était pas proportionnelle à sa part d'activité dans l'établissement. La tendance était plutôt inverse : 42% de ceux qui exerçaient moins de 25% de leur activité dans l'établissement (7) avaient un intérêt financier dans leur outil de travail contre 17% (2) de ceux qui y exerçaient à plein temps. 60% des médecins déclarant avoir une participation au capital dans leur ancien établissement avaient une activité dans cet établissement qui représentait moins de 50% de leur activité professionnelle totale. Nous pouvons donc en déduire qu'il y avait une dissociation du capital et du travail.

La participation financière à l'outil de travail concernait essentiellement quelques spécialités notamment la cardiologie et la gynécologie obstétrique. Les gynécologues obstétriciens représentaient 30% (5) de la population des médecins répondants ayant une participation financière dans le capital de cet établissement. A contrario, ce sont les spécialités de chirurgie orthopédique, de gastro-entérologie et d'ORL pour lesquelles la participation au capital de l'établissement étaient la moins fréquente .

2.2 La nature de l'activité médicale

2.2.1 - Une part importante de leur activité professionnelle dans cet établissement

L'activité exercée dans l'établissement qui a fermé ou qui a été reconverti représentait, pour plus de la moitié des médecins (33), 50% ou plus de leur activité professionnelle totale (voir graphique ci-dessous). Cet élément en lui seul justifie que l'on s'intéresse au devenir de ces médecins qui ont vu une grande partie voire l'ensemble de leur activité remise en question.



Au moment de la restructuration de l'offre de soins privés, une majorité de praticiens semblait ne pas exercer exclusivement dans cette structure. En effet, plus de 80% (48) des médecins ayant répondu à ce questionnaire exerçaient en même temps dans un cabinet de ville et/ ou dans un autre établissement de soins, public ou privé. Plus de 50% des médecins (33) avaient une autre activité dans un cabinet de ville, se répartissant de manière équivalente entre le cabinet de groupe et le cabinet seul pour les médecins ayant précisé le type de cabinet. La même proportion de médecins avait une activité dans un autre établissement, public pour 73% (22) d'entre eux et privé pour 26 % (8).

Quant à l'existence d'un lien entre la spécialité exercée et une autre forme d'exercice, nous observons que :

- 6 des 7 gastro-entérologues avaient aussi une activité en cabinet de ville (3 en groupe et 3 seuls) ;
- 8 des 9 gynécologues avaient une deuxième activité en cabinet de ville (4 seuls et 4 en groupe). Parmi ces 8 médecins, 3 avaient également une troisième activité dans un deuxième établissement (2 dans le public, 1 dans le privé) ;
- 7 des 8 ORL ont aussi une deuxième activité en cabinet de ville (5 en groupe). Parmi ces 7, 4 médecins avaient une troisième activité dans un établissement (2 dans le public et 2 dans le privé) ;
- 2 des 8 chirurgiens ont également une activité dans le secteur public.

Cette deuxième activité représente plus de 50% de leur activité pour 55% (32) des médecins, (12 NR). Pour de nombreux médecins exerçant en cabinet de groupe, cette activité représentait moins de 25% de leur activité professionnelle totale.

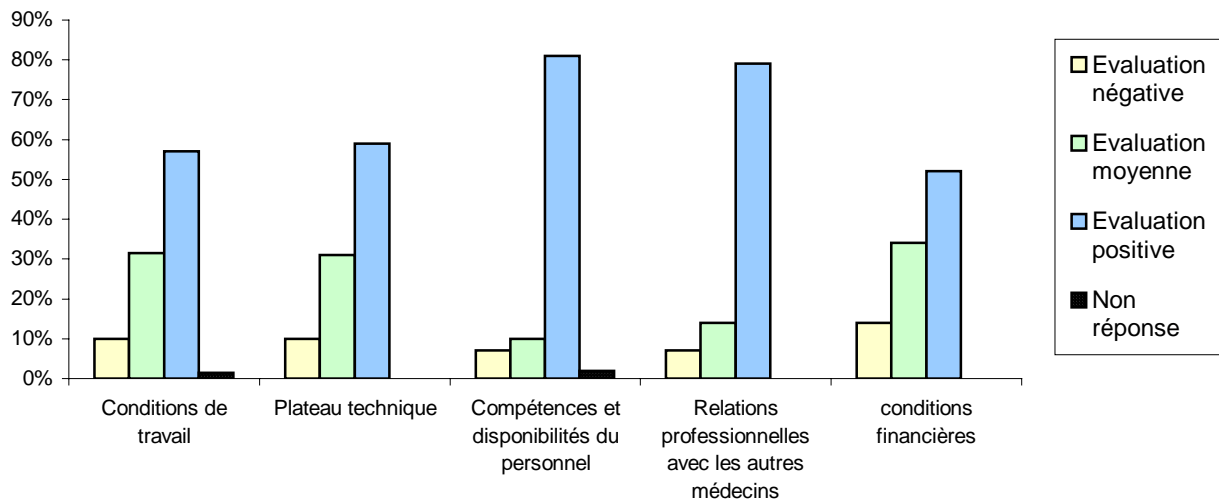
2.3 La perception des conditions d'exercice au sein de l'établissement

S'agissant de leurs conditions de travail, plus de la moitié des praticiens avaient un avis favorable en amont de la fermeture de la structure ou de la reconversion de l'activité de soins. Plus leur part d'activité dans cet établissement était grande, plus l'appréciation de leurs conditions de travail à ce moment là est positive.

La majorité des répondants déclarent aussi avoir été satisfaits du plateau technique qui était à leur disposition dans leur établissement, alors que très peu en était propriétaire, ainsi que des compétences et disponibilités du personnel médical. Il est souligné par un médecin interrogé une « *grande cohésion de l'équipe médicale et paramédicale, des rapports entre collègues extrêmement agréables* ». Les relations professionnelles avec les autres médecins de l'établissement sont elles aussi jugées favorablement voire très favorablement.

Il semblerait donc que les médecins concernés aient dû abandonner une ambiance de travail « *agréable et productive* » qu'ils avaient mis du temps à construire comme le montre le graphique ci-dessous.

Evaluation des conditions d'exercice dans l'ancien établissement



La majorité des médecins enquêtés porte un jugement satisfaisant du niveau de revenus dont ils bénéficiaient dans l'établissement ainsi que des conditions financières qui les liaient à cette structure. Néanmoins, force est de constater que cette majorité est moins importante que celle se référant au plateau technique, au personnel médical et aux relations avec les autres médecins. De plus, l'item le plus fréquemment cité quant aux conditions financières liant les médecins concernés à leur établissement s'avère être celui correspondant au niveau intermédiaire.

D'une manière générale, les praticiens exerçant dans les établissements concernés au premier chef par la restructuration de l'offre de soins privés font état d'une part d'une activité importante en termes de temps et de conditions de travail favorables à renoncer ou à modifier et d'autre part à une relative faible attache avec cette structure.

PARTIE 3 – LES PROCEDURES DE RESTRUCTURATION

3.1 Le mécanisme d'annonce

Nous allons dans cette partie nous pencher sur la manière et le moment où les médecins ont eu connaissance de cette restructuration de l'offre de soins privés ainsi que la façon dont ils y ont été associés.

3.1.1 - Une faible implication des médecins dans les négociations autour de la fermeture

L'implication dans les débats préalables à la fermeture ou à la reconversion a concerné seulement un quart des médecins. Les trois quarts (44 médecins) n'ont pas le sentiment d'avoir été impliqués dans les discussions préalables, et ce quelque soit la part d'activité du praticien dans l'établissement.

Ce sentiment est relativement partagé quelque soit la spécialité du médecin. On note toutefois que quelques spécialités ont été plus engagées dans le processus de discussions préalables :

- la gynécologie obstétrique (4 sur 9),
- la chirurgie orthopédique et traumatologique (2 sur 6),
- l'ORL (2 sur 8)
- l'endocrinologie et la stomatologie (1),

Ce sentiment est le plus fort chez les médecins pour lesquels la part d'activité dans l'établissement représentait moins de 25% de leur activité totale mais aussi chez ceux dont l'activité se déroulait intégralement dans l'établissement.

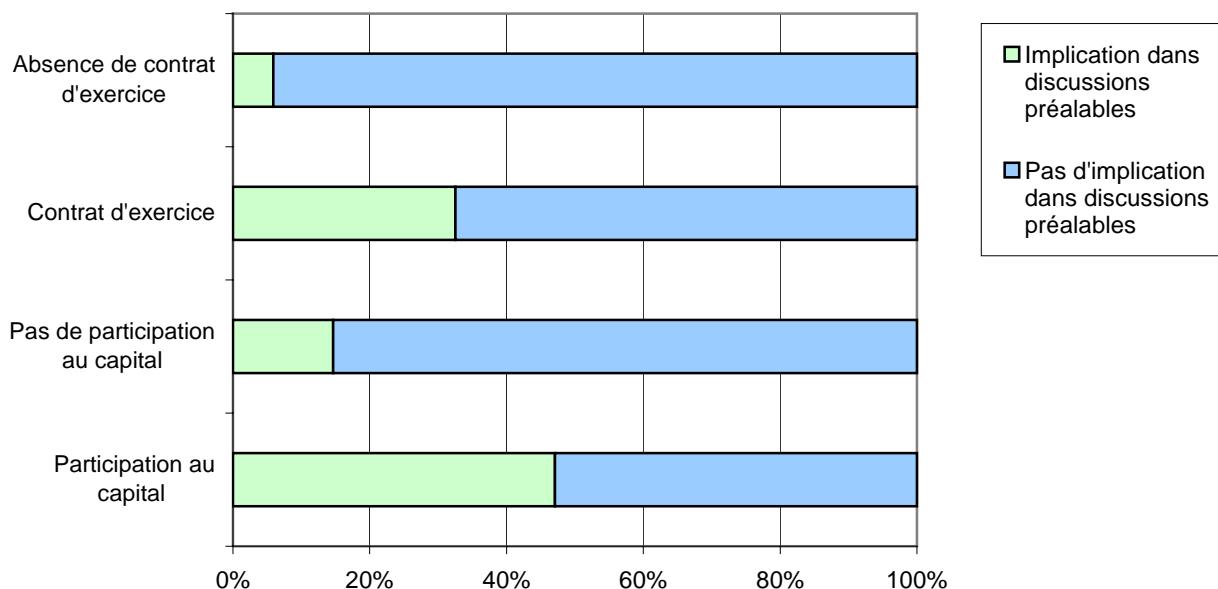
Les réponses à cette enquête permettent de mettre en évidence une relation entre l'implication dans les discussions préalables et l'existence d'un contrat d'exercice dans l'établissement concerné par cette restructuration : plus de 90% (13) des médecins répondants qui ont été impliqués dans le processus de discussions préalables avaient un contrat d'exercice dans l'établissement concerné. En revanche, 7 médecins avec un contrat d'exclusivité (sur 11), déclarent avoir été, insuffisamment ou pas du tout, été impliqués dans les discussions préalables à la fermeture ou à la reconversion.

Les médecins qui avaient une participation financière au capital de l'établissement ont, semble-t-il, été plus fréquemment associés à ces discussions. C'est le cas de 9 médecins sur 17 qui avaient une participation financière au capital de l'établissement fermé ou reconverti.

En revanche, plus de la moitié (5) des praticiens propriétaires de leur plateau technique dans l'établissement fermé ou reconverti n'a pas été impliqué, de près ou de loin, dans le processus de discussions.

Le graphique ci après présente le degré d'association du praticien au processus de négociation et de mise en place de la fermeture complète ou de la reconversion de l'activité selon l'existence ou non d'un contrat d'exercice et selon la participation éventuelle du médecin au capital de l'établissement :

L'implication dans les discussions préalables selon l'existence d'un contrat d'exercice et la participation financière au capital de l'établissement



Parmi les médecins les moins associés dans les discussions avec la Direction, nous trouvons ceux qui exerçaient également dans un autre établissement de santé au moment de la fermeture ou de la reconversion.

Au vu des résultats de cette enquête, nous pourrions donc penser que l'implication dans ces négociations préalables est favorisée en cas de contrat d'exercice et de participation financière au capital et non pas en fonction de la part d'activité dans l'établissement affecté par le processus de restructuration.

Cette question sur l'association des praticiens exerçant dans l'établissement de soins fermé ou reconverti a suscité de nombreuses réactions émanant aussi bien des médecins impliqués que de ceux qui ne l'ont pas été. Certains praticiens s'interrogent en effet devant l'absence de résultats de ces débats (« *beaucoup d'heures passées pour rien* », « *tout était joué d'avance* »). Parmi ceux qui n'ont pas été impliqués, les commentaires sont les suivants : « *la fermeture a été décidée du jour au lendemain par la direction* » ; « *la Direction ne nous a jamais tenus informés, bien au contraire elle nous désinformait* » ; « *j'ai été mis devant le fait accompli, mais j'ai pu rester le temps de m'installer ailleurs* » ; « *19 jours avant la fermeture personne n'était au courant* » ; « *des pressions énormes de la part du liquidateur* ».

[3.1.2 - Un court délai entre l'annonce de la fermeture, ou de la reconversion, et le départ du médecin de l'établissement](#)

Le délai moyen entre l'annonce de la fermeture et le départ du médecin a été de 3 mois. Seulement 3 médecins ont eu connaissance de la fermeture ou la reconversion de l'établissement plus d'un an avant leur départ.

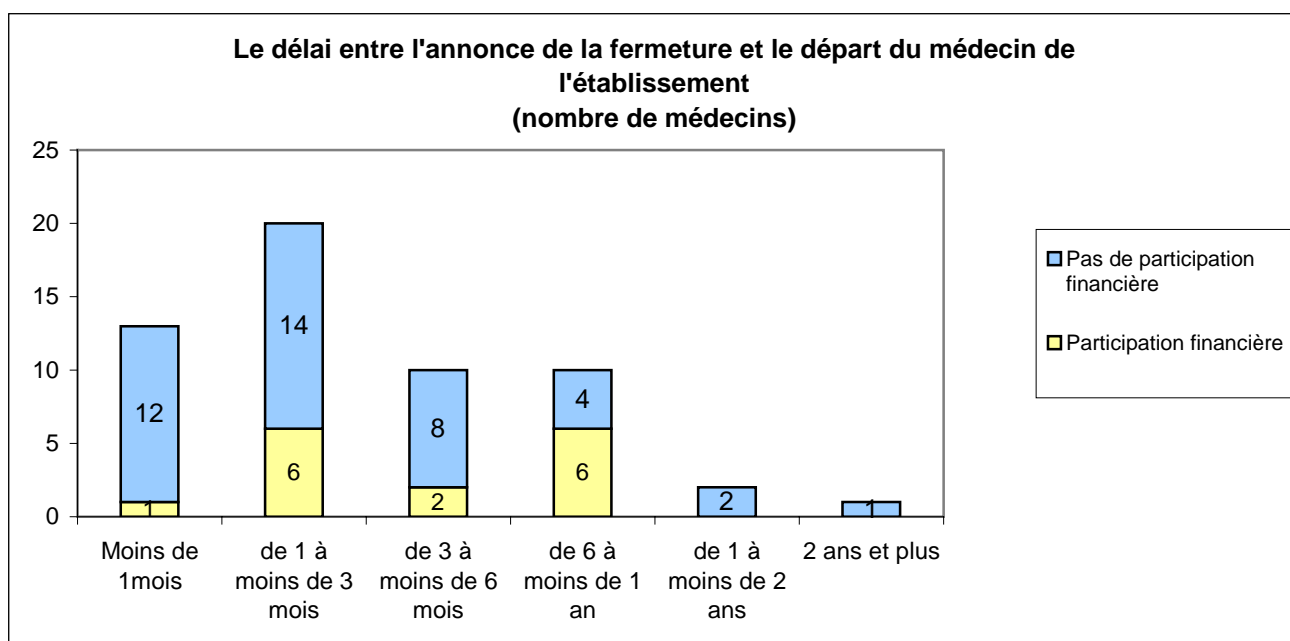
Ce sont les médecins qui avaient la plus faible part d'activité professionnelle dans cet établissement qui en ont été informés le plus tardivement. Néanmoins, nous constatons que 3 médecins (sur 11) réalisant entre 50 et 75% de leur exercice dans l'établissement déclarent avoir été informés de la fermeture ou de la reconversion moins d'un mois avant leur départ effectif.

Le délai entre l'annonce de la restructuration et le départ de l'établissement semble aller de pair avec l'implication dans les discussions préalables puisque plus de 60% (35) des médecins non impliqués ont été informés de la fermeture ou de la reconversion moins de 3 mois avant leur départ ; leur répartition par type d'installation est la suivante :

- 8 médecins relevant de l'exercice en établissement de soins (sur 13)
- 25 médecins à exercice medico- technique (sur 36)
- 2 médecins relevant de l'exercice de consultations (sur 8)

Alors qu'il avait un impact favorable sur l'association du praticien dans les négociations préalables à la fermeture ou à la reconversion, le contrat d'exercice ne semble pas avoir d'impact réellement positif sur le délai que les médecins ont eu pour quitter l'établissement ou modifier leur activité. En effet, pour plus de 50% des médecins (21) qui avaient un contrat d'exercice, le délai entre l'annonce de la fermeture et leur départ a été de moins de 3 mois. Le contrat d'exclusivité ne semble lui non plus prévenir de rien puisque 6 contractants de cette catégorie de contrat (sur 11) ont été informés de la restructuration de l'offre de soins qui les a concernés directement moins de deux mois avant leur départ.

On note que la participation financière du médecin au capital de l'établissement a eu un impact positif sur le délai considéré. En effet, 6 des médecins prévenus entre 6 mois et un an avant la fermeture possédaient un intérêt financier dans le capital de l'établissement, sujet de la restructuration de l'offre de soins.



Un autre facteur semble aussi jouer sur l'allongement de la durée du « préavis » : celui de la situation d'employeur du personnel médical : 4 des médecins employeurs du personnel médical dans l'établissement déclarent avoir eu connaissance de la fermeture ou de la reconversion plus de 3 mois avant leur départ, soit un délai supérieur au délai moyen.

A l'opposé, les réponses à cette question nous permettent de regretter que 5 (sur 10) médecins contraints à délocaliser leur cabinet n'aient eu connaissance de la fermeture ou de la reconversion de l'établissement qu'un

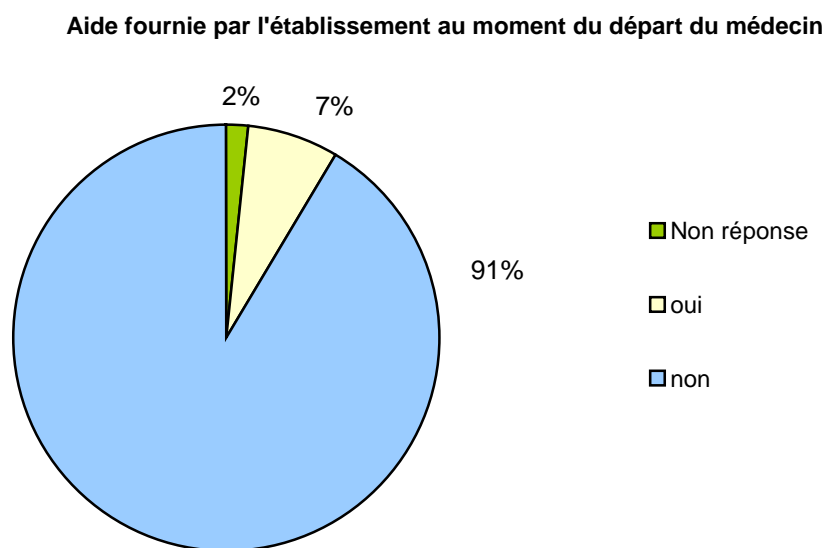
mois avant leur départ, la plupart jugeant ce délai insuffisant. Ce sont des médecins qui ont changé d'établissement ou d'activité. Ils ont déménagé leur cabinet pour se rapprocher de la nouvelle clinique ou de leur domicile. Ce déménagement de cabinet se surajoute donc au changement d'établissement et complexifie l'ensemble. En effet, 8 médecins ayant délocalisé leur cabinet (sur 10) ont rencontré des problèmes financiers à la suite de leur départ de l'établissement. Cela provient sans doute du fait que leur clientèle ne les ait pas suivis consécutivement à la délocalisation du cabinet.

70% (30) des médecins prévenus moins de 6 mois avant leur départ soulignent l'insuffisance de la durée de ce délai alors que 60 % (8) de ceux dont le délai a été supérieur le jugent satisfaisant. Il semblerait donc que le délai optimal entre la fermeture et le départ de l'établissement puisse être estimé à six mois.

Un médecin fait un commentaire « *Avant la date de fin de contrat qui avait été notifiée par lettre recommandée et sans être prévenu, je suis venu un matin consulter : il n'y avait plus personne mais des cartons partout, le déménagement avait déjà eu lieu* ».

3.2 L'accompagnement dans le changement

D'après cette étude, plus de 90% (53) des médecins répondants n'ont reçu, selon eux, aucune aide de quelque nature que ce soit de la part de l'établissement dans lequel ils exerçaient et plus particulièrement aucun praticien propriétaire de son plateau technique.



Ce sont les chirurgiens orthopédiques et les praticiens qui exerçaient à plus de 75% de leur activité professionnelle dans cet établissement qui ont reçu le plus fréquemment de l'aide de la part de la structure dans laquelle ils exerçaient.

Seuls 4 médecins avec un contrat d'exercice (sur 40) ont pu bénéficier d'une aide de leur établissement au moment de la fermeture ou de la reconversion. Ni la signature d'un contrat d'exercice avec l'établissement ni la clause d'exclusivité ne semblent donc garantir la mise en place d'un circuit d'aide pour les professionnels de santé. Ces 4 médecins ont donc bénéficié d'une aide qui s'est traduite par un accueil facilité dans une autre clinique, par un rachat des parts ou par un transfert progressif d'activité.

Les mêmes constats peuvent être faits quant à la participation financière des médecins à l'établissement. En effet, plus de 90% des médecins avec participation financière dans le capital de l'établissement (16 médecins) n'ont reçu aucune aide en provenance de l'établissement.

La plupart des médecins regrette cette absence d'aide : 86% disent que l'aide n'a pas été suffisante (beaucoup de non réponses), cette situation est en particulier fortement décriée par les chirurgiens orthopédiques et traumatologiques.

En revanche, les médecins pour qui l'activité dans cet établissement représentait moins de 25% de leur activité professionnelle totale se déclarent satisfaits d'une part du délai entre l'annonce de la fermeture ou de la reconversion et leur départ effectif et d'autre part de l'aide reçue à l'initiative de l'établissement.

Le processus de fermeture ou de reconversion d'un établissement de soins privé se caractérise donc par une très faible implication des médecins libéraux exerçant dans ces structures. Les résultats de cette enquête mettent aussi en évidence un manque d'aide à l'initiative de l'établissement de soins, qu'elle soit de nature comptable, juridique, logistique ou psychologique.

Cependant, le délai moyen de 3 mois entre l'annonce de la restructuration et le départ du praticien est comparable à celui d'un salarié en cas de licenciement.

PARTIE 4 – LES CONDITIONS D’EXERCICE APRES LA RESTRUCTURATION

4.1 Le délai entre l’arrêt et la reprise de l’activité

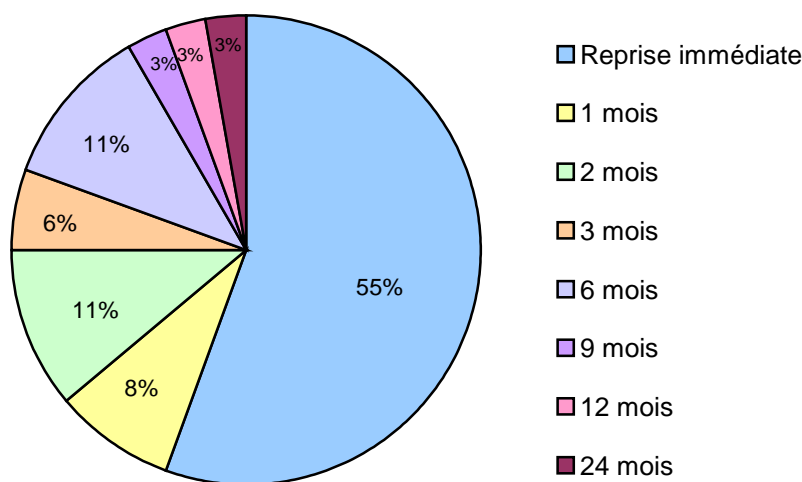
Le délai moyen entre la cessation de l’exercice dans l’établissement fermé ou reconverti et la nouvelle activité est de 2,3 mois. Le délai le plus grand est de 2 ans, il ne concerne qu’un seul médecin. 26 médecins ont eu une reprise immédiate de leur activité (9 non réponse).

Ce sont les gynécologues obstétriciens qui ont débuté le plus rapidement leur nouvel exercice, plus des trois quarts immédiatement après l’arrêt de leur ancien exercice. Nous pouvons aussi citer la cardiologie puisque pour plus des deux tiers de l’effectif de cette spécialité ont repris sans délai une nouvelle activité après la restructuration de l’offre de soins du secteur privé.

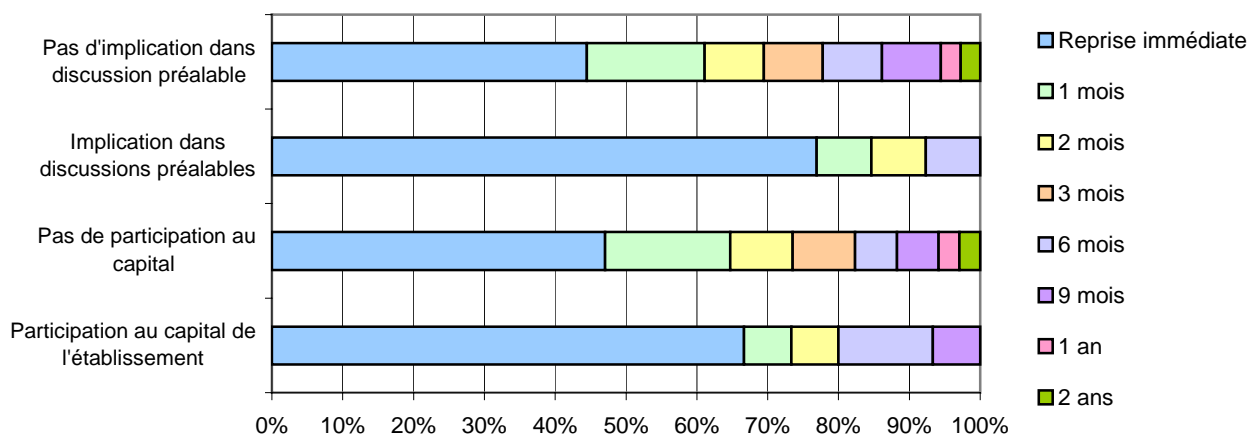
Selon les résultats de cette enquête, ce sont les praticiens dont la part d’activité dans l’établissement fermé ou reconverti représentait entre 75 et 99% de leur activité totale qui ont le plus fréquemment repris immédiatement une activité médicale.

On note également que le contrat d’exercice, la participation financière dans l’établissement et l’implication dans les négociations préalables facilitent la reprise de l’exercice puisque pour plus de la moitié des médecins concernés, elle a été immédiate. C’est ce que les graphiques ci-dessous illustrent.

Délai entre arrêt et reprise de l’exercice des médecins avec contrat d’exercice



Délai entre arrêt et reprise de l'exercice selon le contrat d'exercice et l'implication dans les discussions préalables



4.2 La nature des liens avec le nouvel établissement

4.2.1 - Le contrat d'exercice

A la suite de la restructuration de l'offre de soins privés, 50% des médecins⁴ (29) ont un contrat d'exercice dans ce nouvel établissement (alors qu'ils étaient 70% (40) dans l'ancien établissement). Parmi cette trentaine de médecins spécialistes, plus de 70% (21) en avaient déjà dans l'ancien.

Dans 90% des cas, les médecins ont signé un contrat de travail avec un nouvel établissement et non pas avec le même établissement. La signature du contrat d'exercice semble être liée à la volonté de la direction de ce nouvel établissement, se traduisant par un ensemble de propositions concrètes, de travailler avec le médecin contractant ainsi qu'à la démarche de prospection du médecin lui-même.

Alors que le contrat pouvait représenter une sécurité dans le premier établissement comme nous l'avons vu dans la première partie du rapport, un médecin s'interroge : « *J'avais un contrat avec l'ancien établissement, mais il n'a servi à rien puisque la clinique a fermé en deux mois sans dédommagement. Actuellement, je n'ai plus de contrat ; suis-je encore plus vulnérable ?* ». Cette interrogation traduit le malaise que les médecins ont dû ressentir après leur départ de l'établissement dans lequel ils avaient un contrat.

4.2.2 - La participation financière au capital de l'établissement

Seuls 14% des médecins⁵ (8) ont une participation financière au capital du nouvel établissement (contre 30 % dans l'ancien), soit deux fois moins de praticiens .

Parmi eux, 7 ont un contrat d'exercice. Sur 8 praticiens avec une participation financière dans le capital du nouvel établissement, seulement 2 en avaient déjà une dans le précédent. Il apparaît que les médecins qui participaient au capital de leur ancien établissement ne souhaitent pas ou ne peuvent pas faire de même dans ce nouveau lieu d'exercice.

⁴ 15 n'en ont pas (14 NR).

⁵ 35 n'en ont pas (15 NR).

4.3 La nature de l'activité médicale

[4.3.1 - La spécialité exercée par les praticiens](#)

91% des médecins (53) continuent d'exercer la même spécialité. Cinq praticiens ont changé : 4 gynécologues obstétriciens et 1 chirurgien orthopédique. Ceux-là ont tous cessé leur activité en établissement de soins privé à la suite de leur départ de l'ancien établissement, la plupart n'exerçant pas dans un autre établissement. C'est donc un changement de haute importance dans la vie professionnelle de ces praticiens, tout cela ayant aussi des répercussions sur leur vie personnelle.

[4.3.2 - Les actes pratiqués par les médecins](#)

42% des médecins (24) ont abandonné une part de leur activité, en termes d'actes pratiqués. Ces actes ne seront pas remplacés par des nouveaux dans plus de 70% des cas (17 médecins). La différence de pratique d'actes se traduit donc en réalité par un abandon de certains actes par les médecins.

Seuls 52% praticiens (30) disent continuer à pratiquer les mêmes actes. Ce sont notamment des chirurgiens (7 sur 11), des gastro-entérologues (3 sur 7), des gynécologues obstétriciens (3 sur 9) et des ORL (5 sur 8).

Seul 10% (6 médecins)⁶ disent pratiquer de nouveaux actes : 1 chirurgien, 1 gynécologue pour l'hystérocopie diagnostique et opératoire) et 2 ophtalmologistes pour le laser.

Parmi les médecins ayant cessé une part de leur activité, 17% (10) concernent des actes chirurgicaux et 19% (11) d'autres types d'actes. La répartition par spécialité et par types d'actes cessés par les professionnels de santé à la suite de la restructuration de l'offre de soins privés est la suivante :

- 3 ORL (sur 8) abandonnent la cancérologie, le laser, la chirurgie ORL lourde, la chirurgie qui nécessite une surveillance prolongée pour risque d'hémorragie ;
- 5 gastro-entérologues (sur 7) abandonnent certains actes, la chirurgie (proctologie) pour 3 d'entre eux ;
- 3 gynécologues obstétriciens (sur 9) : la chirurgie, les IVG, l'obstétrique ;
- 2 cardiologues (sur 3): l'ECG pré-opératoire, les pathologies cranio-encéphalique, la coronarographie et l'angioplastie.
- 2 radiologues (sur 4) : la radiologie interventionnelle
- 1 chirurgien orthopédique (sur 6) : la chirurgie du membre supérieur
- 1 anesthésiste (sur 1), 1 pneumologue (sur 1), 1 chirurgien viscéral (sur 1), 1 chirurgien plastique (sur 2), 1 endocrinologue (sur 1), 1 gynécologue médical (sur 1), 1 spécialiste en médecine physique (sur 1) et 1 neurochirurgien (sur 1)

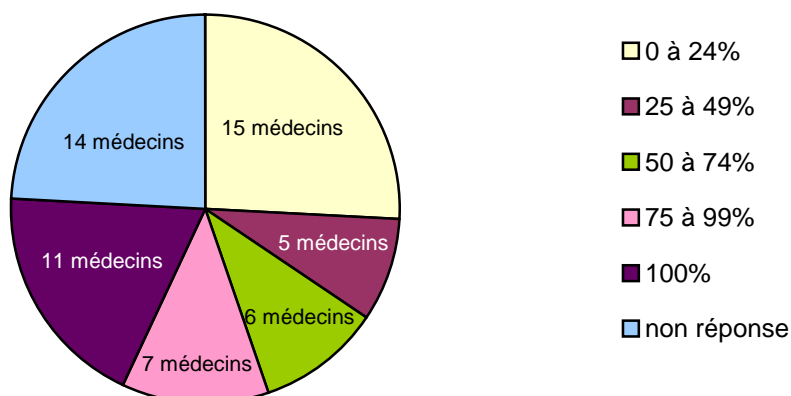
Les médecins ayant rencontré des difficultés financières à la suite de la fermeture ou de la reconversion de l'établissement de santé dans lequel ils exerçaient ont dû pour plus de la moitié d'entre eux (14 médecins) renoncer à certains actes dans leur pratique.

⁶ 4% répondent qu'ils font les mêmes actes tout en ayant abandonné quelques uns et en en faisant des nouveaux, d'où les taux supérieurs à 100%.

4.3.3 - La part de l'activité du médecin dans le nouvel établissement

Les réponses a cette question permettent de faire apparaître une part d'activité dans cette nouvelle structure inférieure à celle de l'ancien établissement, par rapport à l'activité professionnelle totale. Le graphique ci dessous présente les effectifs de praticiens pour les 5 tranches de part d'activité proposées :

La part de l'activité globale du médecin déclarée dans le nouvel établissement



Le nombre de médecins non répondants étant plus important dans la deuxième question (14 par rapport à 1), si l'on compare la part d'activité dans le premier établissement et dans le second, on constate que pour seulement 41% des médecins (24), l'activité dans le nouvel établissement représente 50% ou plus de leur activité, alors qu'ils étaient 57% (33) dans le premier établissement. Ceci a des conséquences sur le volume global d'activité : la plupart des médecins indiqueront qu'il baisse.

Nous constatons que 53% (8) des médecins travaillant entre 0 et 25% de leur temps de travail dans le nouvel établissement avaient une participation financière au capital de leur ancien outil de travail.

Un lien peut par ailleurs être établi entre les actes pratiqués et la part d'activité dans le nouvel établissement : il apparaît que lorsque la part d'activité est peu importante, les actes pratiqués sont différents de ceux réalisés dans l'ancien établissement. A l'inverse, les médecins exerçant à plein temps dans le nouvel établissement pratiquent les mêmes actes qu'avant.

4.3.4 - Les gardes

La participation au système de garde a augmenté pour 4 médecins, diminué pour 3 et ne s'est pas modifiée pour 8 praticiens.

Parmi les réponses à cette question, 52% des médecins (30) se déclarent ne pas être concernés par les gardes et 22% (13) n'ont pas répondu.

L'absence de participation au système de garde dans le nouvel établissement peut s'expliquer, d'après les résultats, d'une part par la faible part d'activité professionnelle du praticien dans le nouvel établissement et d'autre part dans l'absence d'intérêt financier le capital de cette structure.

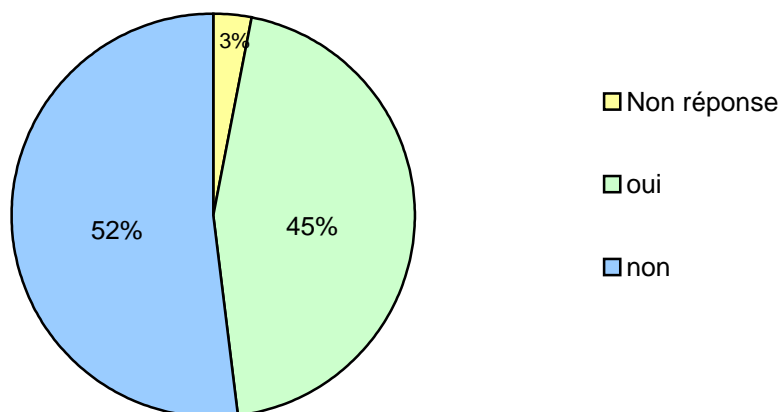
En revanche, la participation aux gardes peut être favorisée par la qualité de l'environnement mis à la disposition : tous les médecins ayant augmenté leur participation aux gardes jugent très favorablement le plateau technique disponible et les compétences du personnel dans la nouvelle structure.

4.4 L'impact du changement sur les conditions d'exercice

4.4.1 - La situation économique et financière

Parmi l'ensemble des médecins répondants, 45% (26) déclarent avoir rencontré des difficultés d'ordre financier à la suite de leur départ de l'établissement et ce quelque soit la part d'activité du praticien dans la structure fermée ou reconvertie.

Confrontation à des problèmes financiers à la suite du départ de l'établissement



Presque toutes les spécialités sont touchées :

- 5 gastro-entérologues (sur 7),
- 4 gynécologues obstétriciens (sur 9),
- 3 radiologues (sur 4),
- 3 chirurgiens orthopédique (sur 6)
- 2 cardiologues (sur 3),
- 2 endocrinologues (sur 2),
- 1 chirurgien viscéral (sur 1),
- 1stomatologue (sur 1),
- 1 urologue (sur 1),
- 1 chirurgien viscéral (sur 1),
- 1 chirurgien plastique (sur 1),
- 1 gynécologue médical (sur 1),
- 1 ophtalmologiste (sur 3),

Les praticiens concernés par des difficultés financières se caractérisent par :

- une part importante de leur activité dans l'établissement fermé ou reconverti au moment de la restructuration (plus de 75% de l'activité totale pour 77% des 26 médecins)

- la propriété du plateau technique dans l'établissement fermé ou reconverti (6 médecins sur 8 propriétaires du plateau technique soulignent l'existence de difficultés financières consécutivement à la restructuration de l'offre de soins privés)
- la participation financière au capital de l'ancienne structure

L'exposition à ces difficultés d'ordre financier peut s'expliquer par le délai entre l'annonce de la fermeture ou de la reconversion et le départ effectif. En effet, pour 55% (14) des médecins confrontés le délai est inférieur à trois mois et plus de 90% (24) n'ont pas reçu d'aide de la part de l'établissement.

Cinq situations sont décrites :

- chute du chiffre d'affaires ;
- absence de règlement du tiers payant ;
- frais importants liés à la cessation d'activité (indemnité de licenciement du personnel, frais de réinstallation) ;
- impossibilité de retrouver une activité dans un environnement proche du fait des fermetures ;
- perte d'activité.

Un médecin indique qu'actuellement, son cabinet libéral lui procure exclusivement ses revenus ; un autre signale qu'il a dû vendre sa maison pour éponger ses dettes.

S'ajoutent à cela les difficultés administratives rencontrés au moment de la restructuration (voir page 34).

Parmi les médecins répondant ne pas avoir eu de répercussions financières de leur cessation d'activité dans cet établissement, 60% avaient en réalité une partie de leur activité en cabinet de ville (12 sur 33) ou dans un autre établissement de soins (19 sur 30). Certains médecins commentent « *je n'ai pas rencontré de problèmes, au contraire, l'activité de consultations est plus rentable que les accouchements* ».

4.4.2 - Les changements dans les modalités d'exercice

La grande majorité des médecins spécialistes exerçant dans les établissements de soins fermés ou reconvertis entre 1988 et 2003 poursuit aujourd'hui une activité médicale (93% soit 54 médecins).

Trois médecins ont donc arrêté toute activité médicale (pour départ à l'étranger, retraite et conditions financières et relationnelles déplorables avec le nouvel établissement). Il s'agit d'un pédiatre, d'un gastro-entérologue et d'un chirurgien orthopédique.

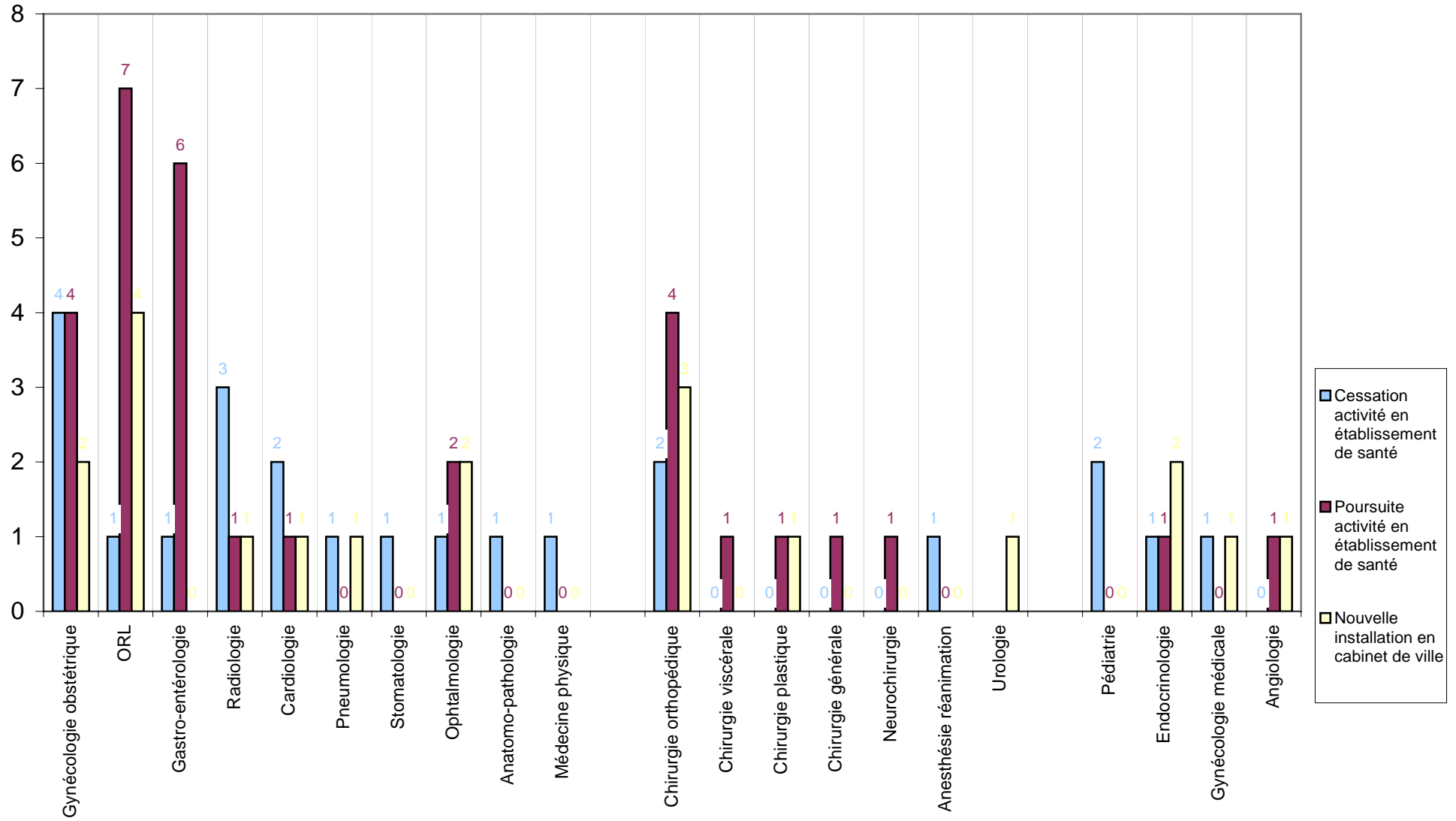
Pour les autres, la poursuite de l'activité médicale se fait souvent sous une forme nouvelle :

- Plus d'un tiers des répondants (20) déclarent avoir cessé toute activité en établissements de soins dans l'un des secteurs (public et/ou privé) : voir ci dessous la répartition entre le secteur public et le secteur privé.
- Seuls 4 médecins exercent dans le même établissement (un endocrinologue, deux ORL et un radiologue)
Les motivations déclarées pour le « choix » du nouvel établissement montrent que dans la majorité des cas, les médecins ont prospecté eux-mêmes : 38% (22). Certains exerçaient déjà dans cet autre établissement : 17% (10) et ont poursuivi, 17% (10) ont reçu des propositions de l'établissement. Il arrive aussi que la nouvelle structure ait repris les lits, ce qui concerné l'activité de 9 médecins. Pour 80% des médecins exerçant déjà dans cet établissement de soins, soit 8 médecins, leur activité professionnelle dans cet établissement représentait plus de la moitié de leur activité professionnelle totale avant la fermeture ou la reconversion.
- 17% des médecins (10) ont délocalisé leur cabinet
- un tiers des médecins répondants (20) se sont nouvellement installés en cabinet de ville. Pour 4 d'entre eux, c'est leur seule activité, ils n'ont plus d'activité en établissement.

Au sein des médecins répondants, 60% (35) étaient déjà installés et poursuivent cette activité. Parmi eux, 2 sont restés dans le même établissement reconverti, 66% (23) sont partis dans un autre établissement et 7 n'ont pas repris d'activité en établissement.

- 35% (20) des médecins ne poursuivent pas d'activité libérale à la suite de la restructuration
60% (12) des médecins qui ne poursuivent pas leur activité libérale en cabinet de ville ont aussi cessé leur activité en établissement de soins privé. Ce sont chez les chirurgiens orthopédique que la cessation d'activité libérale est la plus fréquente puisqu'elle touche 5 praticiens sur 6 répondants à cette enquête.

Les changements dans les modalités d'exercice



4.4.3 - La clientèle

Le changement de lieu d'exercice pose le problème des trajets que les patients doivent faire jusqu'au nouvel établissement ; le médecin multiplie lui aussi ses trajets pour assurer la surveillance de ses patients, ce qui finalement limite le nombre d'actes, (4 NR). « *La clientèle n'a pas le choix et doit parcourir au moins 20 km pour subir une intervention chirurgicale* »

12% (7) des médecins répondants déclarent avoir perdu la majorité de leur clientèle et 42% (24) l'avoir perdue en partie, (7 NR). Les gastro-entérologues sont particulièrement touchés : 86% d'entre eux (6 sur 7) ont perdu en partie leur clientèle à la suite de la fermeture ou de la reconversion de l'établissement de santé. La moitié des radiologues sont dans la même situation. Il faut aussi ajouter que la plupart des médecins ayant perdu en majorité leur clientèle n'exerçaient pas dans un autre établissement au moment de la restructuration de l'offre de soins.

Ceux pour lesquels la perte de la clientèle n'a été que partielle ont, dans les deux tiers des cas (14) rencontré des problèmes financiers consécutivement à la fermeture ou la reconversion de l'établissement dans lequel ils exerçaient ; ils ont dû cesser de pratiquer certains actes dans des conditions de travail qu'ils estiment « moyennes » et ce sans contrat d'exercice.

Selon un médecin, « *il est impossible d'organiser un nouveau réseau de clientèle, le statut des cliniques dans les Yvelines étant des cliniques ouvertes où l'on vient avec ses patients* ».

Les trois quarts des médecins dont la clientèle ne les a pas suivis ainsi que ceux en ayant perdu la majorité ont dû cesser toute activité médicale en établissement de soins privé et/ou délocaliser leur cabinet.

Enfin, nous constatons que le niveau de revenus actuel des médecins décline en fonction de l'ampleur de la perte de clientèle consécutive au départ de l'établissement fermé ou reconverti. La perte d'une partie de la clientèle a aussi entraîné une organisation du travail plus complexe pour les médecins avec des impacts dans leur vie personnelle, familiale et sociale.

Pour moins de la moitié des praticiens, la majorité de la clientèle a donc suivi. Ceux-ci n'ont, dans la plupart des cas (70% soit 20 médecins), ni rencontré de problèmes financiers à la suite de leur départ de l'ancien établissement, ni abandonné certains actes.

La restructuration a donc eu des conséquences importantes sur les caractéristiques de la pratique médicale de l'ensemble des praticiens mais aussi sur leur vie personnelle.

4.5 L'impact du changement d'exercice sur la vie personnelle

4.5.1 – La modification du temps de trajet

Le temps de trajet a augmenté de façon significative pour 25% de la population, soit 15 médecins, en raison de l'exercice dans un nouvel établissement. La répartition par spécialité est la suivante :

- 4 gastro-entérologues (sur 7)
- 2 chirurgiens orthopédiques (sur 6)
- 2 gynécologues obstétriciens (sur 9)
- 2 ORL (sur 8)
- 1 cardiologue (sur 3)
- 1 chirurgien viscéral (sur 1)

- 1 endocrinologue (sur 2)
- 1 neurochirurgien (sur 1)
- 1 radiologue (sur 4)

En analysant les réponses à ce questionnaire, nous constatons que les deux tiers des médecins dont le temps de trajet entre le domicile, le cabinet et l'établissement de soins a augmenté ont rencontré des problèmes financiers à la suite de leur départ de l'établissement fermé ou reconverti et poursuivent une activité en cabinet de ville sans l'avoir délocalisé.

Ceci ne sera pas sans conséquence sur l'activité à la fois en volume (le temps des trajets limitant le nombre d'actes) et en type d'activité : le temps de trajet empêche pour certains de réaliser des actes qui demandent une surveillance rapprochée du médecin. Les résultats permettent en effet d'établir que l'augmentation du temps de trajet favorise l'abandon de certains actes pratiqués par les médecins. La liaison inverse peut être mise en évidence pour les médecins dont le temps de trajet est resté identique. Ce qui est le cas pour 55% (11 non réponse), soit 32 médecins.

4.5.2 - L'organisation du travail des praticiens

Plus d'un tiers des médecins répondants font état d'une organisation du travail rendue plus complexe par la restructuration de l'offre de soins privés alors que 55% (32) estiment qu'elle n'est pas plus lourde, (5 non réponse). Plus précisément, 80 % (9) des médecins exerçant à temps plein dans le nouvel établissement soulignent la difficile organisation de leur nouvel exercice.

Les déplacements et l'activité en cabinet nécessitent une organisation plus lourde alors même que le volume d'activité baisse. Les praticiens ayant rencontré ces difficultés d'organisation ont abandonné la pratique de certains actes et déplorent dans plus de la moitié des cas de mauvaises conditions financières les liant au nouvel établissement. « *Le fait de consulter dans un cabinet m'a fait perdre une partie de l'activité induite par l'établissement et ne me permet plus d'avoir deux sites opératoires, ce qui complique l'organisation du travail* ». Ce degré de complexité a des répercussions sur la vie personnelle des médecins.

4.6 Les conditions actuelles de travail

Quelques médecins témoignent : « *excellente relation avec l'ensemble des l'environnement médical et paramédical* », « *locaux plus agréables, personnel compétent et disponible, direction très professionnelle, plateau technique adapté* », « *établissement neuf, bien placé, laboratoire d'analyses médicales performant* ». « *Le passage de la gynécologie obstétrique à la gynécologie médicale est très confortable pour le praticien car les horaires sont bien meilleurs et les revenus quasiment identiques* ».

En revanche, un médecin déplore l'absence d'humanité, de « *collaboration entre médecins* », quelques autres « *la modification de leurs plages opératoires* », « *le stress supplémentaire* » et « *la perte des correspondants* ».

D'après les résultats de notre enquête, les praticiens ne jugeant pas favorablement leurs conditions de travail et le plateau technique dont ils disposent actuellement ont des caractéristiques singulières : ce sont fréquemment des gastro-entérologues, la reprise de leur activité entre leur départ de l'ancien et leur arrivée dans le nouvel établissement a été immédiate. Ils exerçaient dans un autre établissement au moment de la fermeture, ont un contrat d'exercice, ne pratiquent plus les mêmes actes dans le nouvel établissement, en ont abandonné certains.

La fermeture et la reconversion des établissements de soins privés a eu un impact important sur la pratique médicale en termes d'activité, de lieu d'exercice, de clientèle mais aussi sur l'organisation du travail, la vie personnelle et familiale des praticiens. Quel bilan font-ils de cet événement de leur vie professionnelle ?

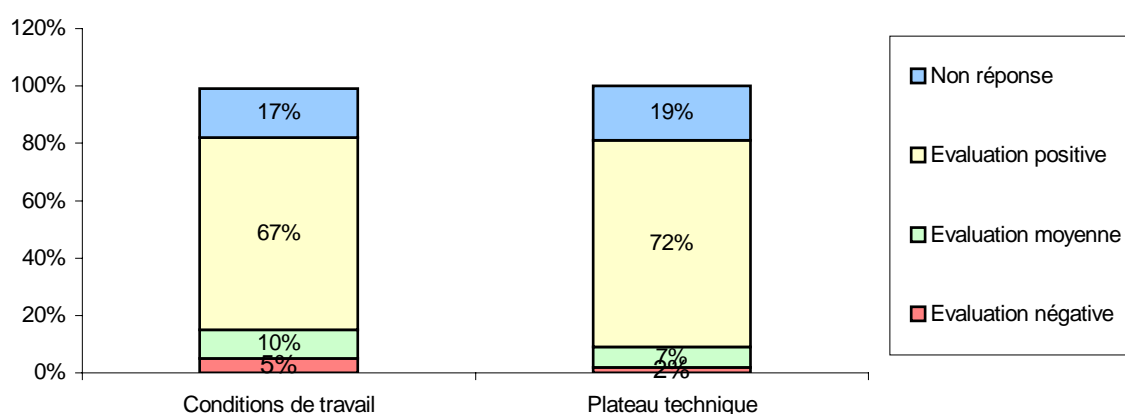
PARTIE 5 - L'ÉVALUATION DU CHANGEMENT

5.1 Les points forts

5.1.1 - Une amélioration des conditions de travail

Les praticiens font une évaluation positive de leurs conditions de travail actuelles et du plateau technique dont ils disposent depuis la restructuration de l'offre de soins et la modification de leur pratique.

Evaluation des conditions de travail actuelles



En comparant cette évaluation avec la première, on constate que la perception des conditions de travail et du plateau technique sont plus fréquemment positives (cf. tableau ci-dessous). La remise aux normes des blocs opératoires, l'achat de nouveaux matériels apportent satisfaction aux médecins.

		Très défavorable	Défavorable	Moyen	Favorable	Très favorable	Non réponse
Conditions de travail	Ancien établissement	2	4	18	22	11	1
	Nouvel établissement	0	3	6	26	13	10
Plateau technique	Ancien établissement	3	3	18	26	8	0
	Nouvel établissement	0	1	4	23	19	11

5.1.2 - Les facteurs permettant d'atténuer les difficultés rencontrées

- Le contrat d'exercice

Les réponses à ce questionnaire permettent de mettre en évidence un lien entre l'existence d'un contrat et l'absence de difficultés à affronter des problèmes administratifs au moment de la cessation.

- L'implication dans les discussions préalables

Un lien statistique existe entre l'implication des médecins dans les discussions préalables et l'absence d'impact du changement du lieu d'exercice sur la vie personnelle du médecin.

Enfin, nous constatons que plus de la moitié des médecins n'ayant pas rencontré de problèmes pour la cessation de leur activité ont repris immédiatement après leur départ de l'établissement une activité médicale.

5.13 - Les médecins « gagnants »

53% (30) des médecins s'estiment « gagnants » dont 13 pour des questions matérielles de locaux (locaux plus grands plus modernes, unité de lieu d'exercice, plateau technique récent, sécurité des patients, meilleure organisation des soins, augmentation du volume d'activité) et 12 pour la qualité de la vie (revenus plus importants, moins de stress, week-ends libres, horaires). Parmi ces 30 « gagnants », 17 se disent aussi perdants et 10 médecins (17%) sont gagnants, mais pas perdants

5 médecins évoquent une amélioration de leur vie familiale (plus aucune garde, plus près du domicile, moins de stress, suppression de l'activité médicale le samedi matin) (7 non réponse).

5.2 Les points faibles

5.2.1 - Des problèmes administratifs au moment de la **cessation** et un manque d'aide déploré

Un médecin sur 5 (11) déclare avoir rencontré des problèmes administratifs au moment de la cessation d'activité. Parmi ceux cités, nous trouvons des « procédures de référé » et de « harcèlement d'huissier ». Le paiement des charges URSSAF met semble-t-il aussi certaines familles en difficultés financières ; le manque de connaissances juridiques des médecins ne facilite pas le règlement de certains conflits. Le manque d'aide est déploré pour tous ces cas (7 non réponse).

5.2.2 - Des problèmes administratifs au moment de la **reprise**

10% (6) des médecins répondants ont rencontré des problèmes administratifs pour la reprise de leur activité professionnelle (14 NR). Quatre d'entre eux étaient titulaires d'un contrat d'exclusivité et 3 employeurs du personnel médical de l'établissement fermé ou reconverti. Les problèmes cités sont liés à la création d'un cabinet libéral, de nouveaux liens avec les responsables locaux, à la gestion.

Les difficultés rencontrées au moment de la reprise peuvent trouver leur source dans le court délai imparti aux médecins pour quitter l'établissement une fois la fermeture ou la reconversion annoncée : pour les deux tiers des médecins concernés, le délai a été de moins d'un mois.

Les difficultés rencontrées au moment de la reprise de leur activité peuvent expliquer l'abandon de certains actes par plus de 8 médecins sur 10 dans ce cas-la.

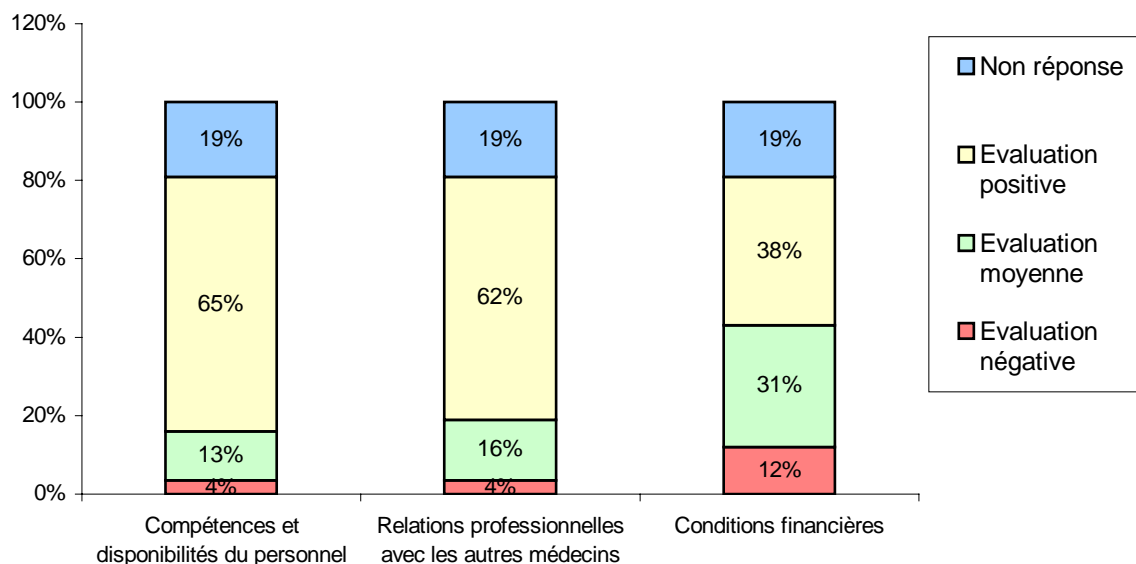
Quatre médecins (sur 6 ayant rencontré des difficultés administratives au moment la reprise de leur activité) n'ont pas à ce jour de contrat d'exercice dans le cadre de leur nouvelle situation professionnelle.

Comme nous l'avons souligné page 26, un peu moins de la moitié des médecins répondants ont aussi été confrontés à des difficultés financières qui viennent s'ajouter aux problèmes de type administratif rencontrés au moment de la cessation et / ou de la reprise d'activité.

5.2.3 - Les relations humaines et l'impact financier

Dans les opinions des médecins relatives aux relations avec le personnel de la nouvelle structure et avec les autres praticiens et aux conditions financières les liant dorénavant à l'établissement, le score intermédiaire gagne du terrain :

L'équipe de travail et les conditions financières



En comparant cette évaluation avec la première, nous constatons que :

- les évaluations des compétences et disponibilité du personnel et les relations avec les médecins sont plus neutres. De nouvelles équipes sont à former et ceci est d'autant plus difficile à faire que les médecins étaient satisfaits des collaborations dans l'ancien établissement ;
- les conditions financières sont jugées moins avantageuses.

		Très défavorable	Défavorable	Moyen	Favorable	Très favorable	Non réponse
Personnel médical	Ancien établissement	1	3	6	27	20	1
	Nouvel établissement	0	2	7	24	13	12
Relations avec les médecins	Ancien établissement	2	2	8	22	24	0
	Nouvel établissement	0	0	0	0	1	57
Niveau de revenus	Ancien établissement	0	5	19	26	8	0
	Nouvel établissement	4	3	18	16	6	11
Conditions financières	Ancien établissement	0	8	20	15	15	0
	Nouvel établissement	4	3	18	13	5	15

Un médecin fait un commentaire : « mon taux de reversement est passé de 5% à 30% sans avantage supplémentaire ».

5.2.4 - Des incidences négatives

Pour la majorité (62%) - 36 médecins - le changement a eu des incidences négatives sur leur vie personnelle : surmenage, fatigue, stress, dépression sont cités par les médecins. Ces praticiens se sont trouvés confrontés à une augmentation du temps de trajet entre leur domicile et leur lieu d'exercice, à une organisation de leur travail plus complexe, voire à des déménagements rendus nécessaires.

Pour 36% (21) des médecins, le changement de lieu d'exercice ou de situation professionnelle a eu non seulement un impact négatif sur leur vie personnelle mais ils ont aussi dû faire face à des difficultés financières à la suite de leur départ de l'établissement.

5.2.5 - Plus de la moitié des médecins s'estiment perdants

Plus de la moitié (33) s'estiment perdants (dans la moitié des cas seulement partiellement) : 16 pour des questions financières (perte d'activité et de clientèle, rémunérations plus faibles, augmentation du taux de reversement à la clinique) et 15 pour les conditions de travail (plus grand nombre de collaborateurs, conditions de travail moins bonnes, perte d'un réseau de correspondants de proximité, manque de personnel, éloignement familial). Plus de 60% des médecins perdants (19) ont cessé de pratiquer certains actes, la même proportion subit une organisation de leur travail plus complexe.

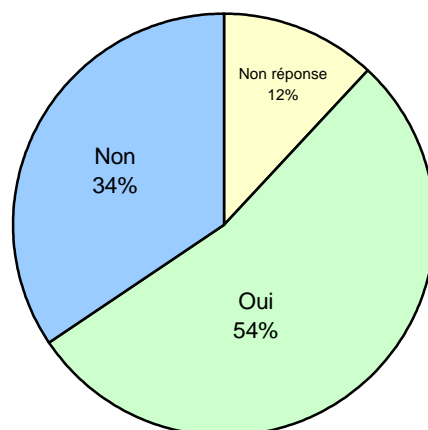
Naturellement, la situation n'est pas aussi tranchée et certains médecins s'estiment à la fois gagnant et perdant. Un tiers des médecins répondants sont manifestement dans ce cas-là.

5.3 L'avis des praticiens sur la nécessité de fermeture ou de reconversion des établissements

5.3.1 - L'offre de soins dans le secteur géographique

A la question posée sur la qualité locale de l'offre de soins dans leur spécialité, la majorité des médecins, 53% (31), estime celle-ci suffisante dans le département ; pour 35% (20) elle ne l'est pas ; (7 non réponse).

Satisfaction quant à l'offre de soins dans la zone géographique



Un tiers des médecins soulignant l'insuffisance de l'offre de soins dans leur zone géographique sont des gynécologues obstétriciens.

Les résultats de cette enquête permettent de mettre en évidence un lien statistique entre la cessation de l'activité médicale des médecins en établissements de soins privé et l'insuffisance de l'offre de soins ressentie par ces

praticiens. Alors que 71% des médecins (22) considérant l'offre de soins dans leur secteur géographique satisfaisante n'ont pas cessé leur activité en établissement de soins privés, 65% des médecins la jugeant insuffisante n'exercent plus.

Les médecins se plaignant d'une certaine pénurie en matière d'offre de soins dans leur département s'estiment très majoritairement (80% des cas) lésés du changement de situation professionnelle imposé par la restructuration de l'offre de soins privés.

5.3.2 - L'alternative à la fermeture

Pour 60% des répondants (35), il y avait une alternative à la fermeture des établissements et elle n'aurait pas dû se produire. La participation financière des médecins au capital de l'établissement n'a pas d'influence sur leur avis ni d'ailleurs le fait de s'estimer gagnant ou perdant.

Les médecins présentent trois types de possibilité d'alternative:

- une autre gestion politique des établissements en fonction des besoins de la population et pas uniquement avec des critères de rentabilité financière, en facilitant les regroupements de cliniques, les accords de partenariat entre elles, l'entente des chefs d'établissement et de meilleures relations, plus transparentes avec les tutelles pour réfléchir sur les évolutions, une vraie volonté politique ;
- une meilleure gestion technique des établissements avec une modernisation/rénovation des locaux, une gestion comptable correcte et de vraies compétences des chefs d'établissement, en évitant les erreurs stratégiques qui ont été faites ;
- une évolution de l'activité produite par les établissements : un changement d'orientation, la création de nouvelles activités et l'installation de nouveaux médecins - que les contrats d'exclusivité des médecins présents n'empêchent pas l'installation de nouveaux - l'arrêt d'activités qui ne rapportent rien à la clinique, la réorganisation des activités.

PARTIE 6 – QUELQUES SITUATIONS PARTICULIERES

Nous présentons ci-dessous les traits caractéristiques de l'impact de la restructuration sur la pratique des médecins selon le type d'exercice (cf. explications page 11).

6.1 Les médecins à exercice en établissement de soins (spécialités chirurgicales)

Il s'agit majoritairement d'hommes (11 hommes et 2 femmes), leur moyenne d'âge est de 49 ans. Ils exerçaient la chirurgie orthopédique et traumatologique (6), la chirurgie plastique (2), la chirurgie viscérale (1), la chirurgie générale (1), la neurochirurgie (1), l'urologie (1) et l'anesthésie- réanimation (1). Ils sont nombreux à avoir eu, dans l'ancien établissement, une activité importante à temps complet (7 médecins) et étaient satisfaits de leurs conditions de travail, du plateau technique de l'établissement, dont ils n'étaient pas propriétaires, du personnel et des relations avec leurs confrères.

Plus de 75% (10) de ces praticiens dont l'exercice se fait principalement en établissement de soins étaient satisfaits de leurs revenus mais plus réservés sur la qualité des conditions financières qui les liaient à l'établissement. Aucun d'entre eux n'est resté dans un établissement reconverti, 5 se sont installés en cabinet de ville et 3 poursuivent leur activité dans le cabinet qu'ils avaient déjà, 4 l'ont délocalisé.

Le transfert dans le nouvel établissement s'est fait de différentes façons :

- pour 3, c'est l'établissement qui a repris les lits du précédent ;
- 3 exerçaient déjà dans le nouvel établissement ;
- 2 ont eu des propositions de l'établissement ;
- 6 ont eux-mêmes fait des démarches.

Dans les nouveaux établissements, 61% (8) ont un contrat d'exercice et 5 (38%) ont une participation financière.

S'ils continuent d'exercer la même spécialité...

Sur les 13 médecins, 12 continuent d'exercer la même spécialité dans le « nouvel » établissement. Seul un médecin a donc abandonné tout ou partie de sa spécialité, il s'agit d'un chirurgien orthopédique. Il a remplacé sa spécialité par la médecine manuelle / ostéopathie.

...les modifications de pratiques sont majeures

Cinq médecins (sur 13) ont abandonné des actes dans les spécialités suivantes : chirurgie orthopédique (1), chirurgie viscérale (1), chirurgie plastique (1), neurochirurgie (1), anesthésie- réanimation (1). Seuls 2 praticiens en pratiquent des nouveaux.

Ils ne sont pas aussi satisfaits des relations avec le personnel qu'ils l'étaient dans le précédent établissement.

Par ailleurs, le temps de trajet a augmenté pour 4 d'entre eux.

Pour 70% (9 médecins) les incidences sur leur vie personnelle sont réelles, la nouvelle organisation du travail est plus complexe pour 7 d'entre eux, 5 déplorent également des effets sur leur vie familiale.

Pour ce changement d'exercice, 7 auraient souhaité une aide.

Finalement dans ce processus, ils s'estiment surtout perdants (8 perdants et 6 gagnants). Les conditions de travail représentent le premier aspect négatif cité par les perdants ainsi que l'aspect financier. Pour les gagnants, c'est la qualité de la vie qui est le gain le plus fréquemment évoqué.

10 exercent maintenant dans les Yvelines (78) et 3 dans un autre département [1 en Ile-et-Vilaine (35), 1 dans le Morbihan (56) et 1 dans les Hauts-de-Seine (92)] en majorité dans le privé et dans des établissements de plus de 100 lits.

En conclusion, on peut dire que ces 13 chirurgiens ont dû quitter un établissement dont ils étaient satisfaits à la fois sur les conditions de travail mais aussi sur les conditions financières d'exercice. Les incidences du changement sur les pratiques sont fortes. Les praticiens déplorent les conséquences négatives du changement sur leur vie personnelle, ils déclarent aussi une dégradation de leurs conditions de vie (déplacement) et s'estiment dans la majorité des cas « perdants » du changement. Pour un petit nombre, ce changement imposé n'est pas entièrement négatif puisqu'il leur permet de travailler différemment, avec une meilleure qualité de vie.

6.2 Les médecins à exercice medico technique

Il s'agit de 36 médecins qui sont en majorité des hommes (78%). Leur moyenne d'âge est de 50 ans et leur part d'activité dans l'ancien établissement était plus faible que celle des chirurgiens (ils n'étaient que 4 à travailler à plein temps dans l'établissement). La moitié de cette population travaillait pour moins de la moitié de leur temps de travail hebdomadaire dans cet établissement. Six (sur 36) étaient propriétaires du plateau technique, 5 le sont encore.

L'évaluation des conditions de travail dans l'ancien établissement est contrastée mais elle est beaucoup moins favorable que chez les chirurgiens ; 14% (5) jugent même que ces conditions étaient défavorables. L'évaluation du plateau technique est moyenne pour plus d'un tiers d'entre eux soit 13 médecins même quand ils sont propriétaires de celui-ci.

Sur ces 36 médecins, 1 a cessé toute activité, 3 sont restés dans l'ancien établissement reconverti, 3 ont quitté tout type d'établissement et n'exercent plus qu'en cabinet et 24 ont changé d'établissement.

Les modifications de pratique sont importantes :

Seulement 4 d'entre eux pratiquent de nouveaux actes et la moitié des spécialistes (18) continuent à pratiquer les mêmes actes.

Une petite moitié (17) a abandonné des actes (dont 8 des actes de chirurgie). Les spécialistes concernés par ces modifications de pratique sont : 2 radiologues, 3 ORL, 5 gastro-entérologues et 2 cardiologues, 3 gynécologues-obstétriciens et 1 pneumologue.

Pour 3 médecins, la spécialité a changé. Il s'agit de gynécologues obstétriciens qui disent exercer maintenant de la gynécologie médicale. Si 33 continuent donc d'exercer la même spécialité, 31 ont changé d'établissement dont 8 qui sont maintenant dans le secteur public.

Les conditions d'exercice ont changé :

Onze médecins se sont nouvellement installés en cabinet, suite à la fermeture de l'établissement, ce qui porte à 32 le nombre de médecins exerçant en cabinet (32/36). Deux ont cessé toute activité médicale.

L'organisation du travail n'est pas plus complexe qu'auparavant (pour 20) et 22 observent des incidences sur leur vie personnelle et de famille. 10 (27%) ont augmenté de plus d'un quart d'heure leur temps de trajet.

Presque la moitié a été confrontée à des difficultés financières.

Seize praticiens déclarent avoir rencontré des problèmes financiers à la suite de la fermeture ou de la reconversion de l'établissement dans lequel ils exerçaient. Cinq médecins ont été confrontés à des difficultés administratives au moment de la cessation d'activité et 7 auraient souhaité une aide.

La moitié (15) a perdu toute ou partie de sa clientèle.

Plus de 60% des médecins de spécialité medico- technique s'estime perdants (22) et ce essentiellement sur des aspects financiers. C'est surtout en ce qui concerne les conditions de travail (locaux entre autres) que 8 médecins s'estiment gagnants.

La moitié (14) estime que l'offre de soins sur ce secteur n'est pas satisfaisante.

60% (21) pensent qu'une alternative à la fermeture était possible.

Cette population a subi des changements importants dans sa pratique (changement d'établissement, installations, abandon d'actes, perte de clientèle, déménagements...) avec des complexités administratives et financières non négligeables. Les incidences sur la vie professionnelle mais aussi familiale sont importantes.

L'impact financier est celui qui apparaît comme le plus important à la fin de ce processus, compensé pour la plupart par une amélioration des conditions matérielles de travail (nouveaux locaux). Ils s'estiment légèrement plus gagnants que les chirurgiens.

6.3 Les médecins à exercice de consultations

Les trois quarts de ces praticiens sont des hommes. L'âge moyen est de 50 ans. 75% d'entre eux exerçaient dans un établissement de soins public au moment de la fermeture ou de la reconversion de l'établissement de soins privé. Ils étaient dans la majeure partie des cas satisfaits de leurs conditions de travail, du plateau technique (sans en être propriétaire), du personnel médical, des relations avec leurs confrères.

62% (5) des médecins jugeaient favorablement leur niveau de revenus mais considéraient les conditions financières qui les liaient à l'établissement comme moyennes voire même défavorables.

Pour 75% , cessation de l'activité en établissement de soins privés

75% (6) ont cessé toute activité en établissement de soins privé et la moitié (4) se sont nouvellement installés en cabinet de ville. Seul 1 médecin exerce dans le même établissement.

La même spécialité exercée sous une forme différente

87% des médecins à exercice de consultations déclarent exercer la même spécialité. Cependant, seuls 25% (2) disent pratiquer les mêmes actes. Alors que 3 médecins de cette population ont abandonné des actes, aucun n'en pratique de nouveaux.

Des conditions actuelles d'exercice favorables

Par rapport à l'ancien établissement, la même proportion jugent favorablement leurs conditions de travail actuelles, le plateau technique actuellement disponible ainsi que le personnel.

Une transition s'est faite en douleur

Pour la moitié des médecins (4), la restructuration de l'offre de soins et la fermeture a eu des incidences sur leur vie personnelle et familiale. La même proportion a rencontré des problèmes administratifs pour la cessation de leur activité.

Néanmoins, au final, 75% (6) des médecins s'estiment « gagnant » du changement.

Malgré des difficultés administratives, financières et personnelles rencontrées par ces médecins à exercice de consultations, une grande majorité s'estime sortir « gagnant » de cette période. La transition est certes marquée par la cessation d'activité en établissement de soins et par un abandon d'actes, mais la qualité de l'exercice actuel semble satisfaire le plus grand nombre.

SYNTHESE ET PROPOSITION

Les principaux enseignements

Cette étude décrit un processus devant faire l'objet d'une attention particulière puisque ses conséquences sur le plan humain, sur les conditions de travail et sur l'organisation du système de soins sont loin d'être négligeables. Elle montre que la fermeture d'un établissement ne se « solde » pas uniquement par le transfert des médecins d'un établissement à l'autre.

L'évaluation des médecins sur l'évolution de leur situation est contrastée.

On perçoit à travers l'enquête l'impact psychologique fort qu'a représenté cet événement pour les médecins. La faible considération de leur cas au moment des prises de décision dans les établissements, la perte de collaborateurs et l'« éclatement d'une équipe de travail » à laquelle les médecins étaient attachés, l'abandon d'un lieu fortement investi au niveau humain, sont autant de facteurs contribuant à leur malaise. Les relations humaines sont un facteur essentiel dans la qualité de la prise en charge des patients. L'angoisse d'une nouvelle installation et ses tracasseries administratives, le stress et sentiment de non respect ont eu aussi des conséquences fortes sur le milieu familial.

Qu'ils s'estiment perdants ou gagnants, ils reconnaissent la nécessité de mettre en œuvre de façon différente, et plus concertée l'évolution des établissements de santé.

Sur les 58 médecins exerçant dans les Yvelines en établissements privés en 1998 et ayant répondu à l'enquête, 8 n'exercent plus qu'en cabinet libéral, 6 médecins ont quitté les Yvelines et 3 sont partis à la retraite ou à l'étranger. Il en reste 38 sur 58 au moment de l'enquête qui continuent à exercer dans un « nouvel » établissement de soins de ce département.

La fermeture ou reconversion des établissements a eu des effets évidents sur les pratiques médicales :

De nombreux points négatifs

- 40% des médecins ont cessé de pratiquer certains actes. La moitié sont des actes chirurgicaux (chirurgie cancérologique en ORL notamment), soit par changement de spécialité des médecins (passer de la gynécologie obstétrique à la gynécologie médicale) soit par abandon d'actes de chirurgie en établissement. Un tiers des répondants a cessé une activité en établissements de soins (dans le secteur privé et/ou public). Un tiers des médecins répondants se sont nouvellement installé en cabinet de ville et la même proportion ne poursuit plus d'activité libérale.
- Seulement un médecin sur 4 a été impliqué dans les discussions préalables. Plus de 60% (35) des médecins non impliqués dans les discussions préalables ont été informés de la fermeture ou de la restructuration moins de 3 mois avant leur départ.
- Les conditions de départ sont décrites comme négatives ; dans la majorité des cas, la participation des médecins aux négociations a été réduite (un quart seulement a été impliqué), les délais d'information des médecins jugés insuffisants et l'aide octroyée par l'établissement pour une reconversion quasiment inexistante.
- 45% des médecins ont rencontré des problèmes financiers à la suite du départ du médecin de l'établissement
- 70% des médecins avaient un contrat d'exercice, ils ne sont plus que 50% à en disposer dans les nouvelles structures.

- Alors qu'un médecin sur trois avait une participation financière au capital de la structure, seulement un sur sept participe au capital de son nouveau lieu d'exercice
- Plus de la moitié des médecins a perdu de la clientèle consécutivement au changement de leur pratique
- La part de l'activité globale du médecin dans le nouvel établissement est inférieure à celle dans l'ancien. Un tiers des médecins répondants (20) se sont nouvellement installés en cabinet de ville et 17% des médecins (10) ont délocalisé leur cabinet.
- Un tiers des médecins souligne une organisation plus complexe de leur travail.
- Pour un médecin sur 4, le temps de trajet (domicile-travail ou établissement-cabinet) a augmenté de façon significative
- Le changement de situation professionnelle a eu un impact négatif sur la vie personnelle pour plus de 60% des médecins

L'activité des médecins a globalement diminué, du fait d'une perte de clientèle, d'une diminution du nombre d'actes, elle-même liée à une augmentation des déplacements et à une complexification de l'organisation du travail.

Quelques points positifs :

- 45% des médecins a repris une activité médicale immédiatement après leur départ de l'établissement fermé ou reconverti et 70% dans les 3 mois.
- Presque 75% des praticiens répondants jugent favorablement le plateau technique dont ils disposent actuellement. Si la baisse d'activité s'est donc traduite par une perte de revenus et donc un impact financier fort, elle est partiellement atténuée pour quelques-uns par une amélioration matérielle des conditions de travail dans le nouvel établissement.

Certains estiment y avoir perdu en revenus et par la complexité de leur nouvelle organisation du travail alors que d'autres ont fait des choix qui finalement améliorent leur qualité de vie globale.

Des propositions pour l'avenir

Les médecins spécialistes libéraux pris individuellement semblent très démunis et seuls face à une situation qu'ils subissent. Cette enquête met en évidence des carences aussi bien en amont qu'en aval de la fermeture ou de la reconversion d'un établissement de santé privé. Des besoins spécifiques au corps médical exerçant dans ces établissements de soins privés ont été identifiés. Une réponse doit leur être apportée.

La restructuration de l'offre de soins en établissements privés n'étant pas encore terminée, il convient de prendre en compte ces besoins dès aujourd'hui afin que les difficultés rencontrées par ces médecins libéraux soient épargnées à leurs confrères qui seront dans l'avenir eux aussi touchés directement, dans notre région et ailleurs.

L'exercice libéral de la médecine est une activité qui repose sur des femmes et des hommes. Les conditions de travail de ce capital humain doivent être un minimum préservées au même titre que le sont les emplois salariés, surtout dans une situation de démographie préoccupante.

L'épisode subi par les médecins libéraux qui ont accepté de témoigner dans cette enquête démontre la proximité du vécu entre salariés et libéraux dans le cadre d'une restructuration imposée.

Il est dans les missions de l'URML Ile- de- France, institution représentant la médecine libérale francilienne, de sensibiliser les tutelles à la nécessité d'accompagner les médecins exerçant dans les établissements de soins privés en voie de restructuration.

A l'évidence, les résultats de cette enquête appellent à une mobilisation rapide de l'ensemble des acteurs régionaux impliqués dans la réorganisation sanitaire.

C'est pourquoi la Section Spécialistes de l'URML Ile- de- France préconise l'émergence d'une cellule régionale d'accompagnement des professionnels de santé dans les restructurations à venir.

Une Cellule régionale d'accompagnement

Ses missions

Les missions de cette cellule d'accompagnement seront :

- Améliorer le processus d'information et l'implication des médecins lorsque des projets de restructuration sont en cours
- Apporter une aide juridique, comptable et logistique aux professionnels de santé libéraux concernés
- Faciliter les rapports avec les organismes sociaux (Assurance-Maladie, URSSAF, CARMF, etc.) et professionnels
- Mettre en place des journées d'information permettant de mutualiser les expériences et d'améliorer la reprise d'activité

Cette cellule régionale doit aussi être chargée ou participer à l'élaboration et au suivi d'un fichier de données comportant les différents lieux d'exercice des médecins libéraux d'Ile de France qui manifestement n'existe pas à ce jour, afin notamment :

- d'établir le nombre exact de médecins concernés par la restructuration du paysage de l'offre de soins,
- de suivre l'évolution de leur situation professionnelle.

[Sa composition](#)

- URML Ile de France
- ARH Ile de France
- Fédération de l'Hospitalisation Privée d'Ile de France
- DRASSIF
- Assurance Maladie
- Représentants des professionnels et des CME de l'hospitalisation privée d'Ile de France
- Conseil de l'Ordre des Médecins
- Organismes sociaux
- Collectivités territoriales

[Ses moyens](#)

Cette structure, dont les statuts restent encore à définir, doit pouvoir disposer d'une allocation financière pour mener à bien l'ensemble des missions citées ci-dessus.